

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

ANNÉE 1965

N° 107

**TRAITEMENT DES CONFUSIONS MENTALES AIGÜES
DES ÉTHYLIQUES CHRONIQUES**

**AU CENTRE DÉPARTEMENTAL DE RÉÉDUCATION ALCOOLIQUE
DE L'HÔPITAL DE VALENCE**

THÈSE

présentée

à la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de LYON

et soutenue publiquement le 28 Juin 1965

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

par

LADREYT René

Né le 16 Juin 1938 à Bourg-de-Péage (Drôme)

DUPUYTREN-COPY

9, Rue Dupuytren

Paris (6^e)

1965



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553409_0015

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE L Y O N

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

DOYENS HONORAIRES : M. J. LEPINE, Membre de l'Institut
M. H. HERMANN, Correspondant de l'Institut

DOYEN : M. J.F. CIER

ASSESSEURS : MM. M. LEVRAT
L. REVOL

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PATEL, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND, MAZEL, GARIN, GATE, MARTIN, GABRIELLE,
SANTY, DUCLOS, GUILLEMINET, HERMANN, ROCHET, POLLOSSON.

PROFESSEURS

MM. CIBERT	Clinique urologique
PONTHUS (détaché à Beyrouth)	Physique biologique
DECHAUME	Clinique neuro-psychiatrique et d'Hygiène mentale
CHAMBON	Chimie organique et toxicologie
WERTHEIMER	Clinique chirurgicale B
PAUPERT-RAVAULT	Clinique médicale B
FROMENT	Clinique et prophylaxie cardio-vasculaire
CROIZAT	Clinique médicale C
ENSELME	Chimie biologique et médicale
MALLET-GUY	Clinique chirurgicale A
REVOL	Pharmacie galénique
PIGEAUD	Clinique obstétricale
BOURRET	Médecine du travail
LEVRAT	Clinique médicale A
SOHIER	Hygiène et action sanitaire et sociale
NETIEN	Botanique et cryptogamie
BERTRAND	Clinique chirurgicale C
BADINAND	Chimie analytique pharmaceutique
DREVON	Pharmacie chimique et pharmacologie
ROCHE	Médecine légale et déontologie
COUDERT	Parasitologie et pathologie exotique
MOUNIER-KUHN	Clinique d'Oto-rhino-laryngologie et d'audio-phonologie
PAUFIQUE	Clinique ophtalmologique
THIERS	Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allergologie
BRUN	Clinique de pneumo-ptisiologie

MM. CREYSSEL.....	Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique
DARGENT.....	Clinique carcinologique
GUICHARD.....	Anatomie pathologique
GIRARD Paul.....	Pathologie générale et expérimentale
LATARJET.....	Anatomie
PEYCELON.....	Pathologie chirurgicale
GIRARD Marcel.....	Clinique médicale D
VACHON.....	Pathologie médicale
GALY.....	Physio-pathologie des voies respiratoires
PAPILLON.....	Radiologie
JEUNE.....	Clinique médicale infantile et Hygiène du 1er âge
GONIN.....	Thérapeutique
MONNET.....	Bactériologie
BANSSILLON.....	Physiologie et pathologie obstétricales
CHATONNET.....	Physiologie B
GUINET.....	Clinique endocrinologique
TRILLAT.....	Clinique de chirurgie orthopédique
FREIDEL.....	Clinique stomatologique
MARION Joseph.....	Clinique de chirurgie et d'orthopédie infantiles
DORCHE.....	Matière médicale et législation pharmaceutique
DUMONT Louis.....	Histologie et embryologie
PERROT.....	Chimie
CIER J.F.....	Physiologie A
PERRIN J.....	Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire
MICHAUD Pierre.....	Clinique de chirurgie cardiaque
SARROUY Charles.....	Clinique médicale infantile
MATHIEU.....	Clinique gynécologique
FAUCON.....	Biologie médicale et pharmacodynamie
X....	Clinique des maladies infectieuses
X....	Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

MM. BERGER.....	Physique nucléaire appliquée à la médecine
BERTOYE.....	Bactériologie
MANSUY.....	Neuro-chirurgie
COLLET.....	Chimie générale et pharmaceutique
LACROIX.....	Hygiène et climatologie
LIARAS.....	Clinique chirurgicale propédeutique
LECUIRE.....	Neuro-chirurgie
REVOL.....	Médecine générale
GOINARD.....	Thérapeutique chirurgicale
CIER André.....	Pharmacie chimique et Pharmacologie
PONT Maurice.....	Médecine générale
TRAEGER.....	Médecine générale

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM. ROMAN.....	Parasitologie
FAROLDI.....	Anatomie pathologique

MM. MORET.....	Physique biologique
ODDOUX.....	Botanique et cryptogamie
de SOLLIERS.....	Chimie analytique
DESPIERRES.....	Médecine générale
GARIN.....	Parasitologie
TOLOT.....	Médecine du travail

MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES TITULAIRES

MM. CREYSSEL Roger.....	Chimie biologique
THIVOLET.....	Hygiène
PINET.....	Electro-radiologie
GUYOTAT.....	Neuro-psychiatrie
DESCOTES.....	Chirurgie générale
JOUVET.....	Pathologie expérimentale
PEYRIN.....	Physique biologique
TOMMASI.....	Anatomie pathologique
BUFFARD.....	Electro-radiologie
LEJEUNE.....	Médecine générale et thérapeutique
de MOURGUES F.....	Stomatologie
NAUSSAC.....	Maladies infectieuses
REBOUILLAT.....	Chirurgie générale
ROMAGNY.....	Pédiatrie
DELAHAYE.....	Médecine générale
DELEUZE.....	Anesthésiologie
GIRAUD.....	Electro-radiologie, diagnostic et thérapeutique
MICHEL.....	Anesthésiologie
FRANCOIS.....	Pédiatrie et puériculture
MICHOULIER.....	Chirurgie générale
COLOMB.....	Dermatologie
LAMBERT.....	Médecine générale
FRIES.....	Médecine générale
GILLY.....	Pédiatrie
ROBERT.....	Médecine générale
BOUCHET.....	Anatomie
BETHENOD.....	Pédiatrie
GERMAIN.....	Immunologie, sérologie, hématologie
KALB.....	Pneumo-phthisiologie
LARBRE.....	Pédiatrie
SOUSTELLE.....	Chirurgie générale
VIALA.....	Médecine générale
VINCENT.....	Bactériologie, parasitologie, virologie
COLIN.....	Médecine légale

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES STAGIAIRES

MM. FAVRE-GILLY.....	Hématologie
GIROD.....	Histologie et embryologie
GRAS.....	Chimie biologique
MALLEIN.....	Chimie analytique

MM. RIFFAT..... Hygiène
FLANDROIS..... Physiologie
VIALIER-RAYNARD..... Bactériologie
ROLLET..... Pharmacie galénique

AGREGES EN EXERCICE

MM. BONAMOUR..... Ophtalmologie
de MOURGUES Georges... Chirurgie générale
DEVIC..... Médecine générale
DUMONT Martial..... Obstétrique
DURAND..... Urologie
FRANCILLON..... Chirurgie générale
SAUBIER..... Chirurgie générale
SCHOTT..... Neuro-psychiatrie
ALLEGRE..... Neuro-chirurgie
CHASSARD..... Electro-radiologie
FAYSSE..... Orthopédie
GAILLARD..... Oto-rhino-laryngologie
GARDE..... Médecine générale
HUGONNIER..... Ophtalmologie

MARET..... Chirurgie générale
MORNEX..... Médecine générale
MOUNIER-KUHN Alain... Chirurgie générale
NORMAND..... Médecine générale
PERRIN André..... Médecine générale
DUMAS..... Stomatologie
GARMIER..... Obstétrique
NOEL..... Médecine générale
SCHNEPP..... Orthopédie

EXAMINATEURS DE LA THESE :

Président : M. le Professeur ROCHE

Assesseurs : MM. THIVOLET
RIFFAT
PLAUCHU

A MES PARENTS

Modeste témoignage de ma profonde
reconnaissance et de mon affection.

A MON FRERE ET MA SOEUR

A MES GRANDS-PARENTS

A MES BEAUX-PARENTS

A MA FEMME ET MA FILLE

Qu'elles trouvent ici un témoignage de
mon amour.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Louis ROCHE

Nous le remercions de l'honneur qu'il
nous a fait en acceptant de présider
cette thèse.

Qu'il daigne trouver ici l'expression
de notre plus profond respect.

A NOS JUGES

Monsieur le Docteur THIVOLET

Professeur Agrégé

Il a accepté de juger notre travail.
Qu'il soit assuré de toute notre
gratitude.

Monsieur le Docteur RIFFAT

Professeur Agrégé

Nous le remercions très respectueusement
d'avoir accepté d'être notre juge.

Monsieur le Docteur PLAUCHU

Professeur Agrégé

Qu'il trouve ici nos sincères remercie-
ments et l'expression de notre souvenir
ému.

A Monsieur le Docteur SAURY

Qui a bien voulu nous guider dans ce
travail avec la plus grande compré-
hension.

A Monsieur le Docteur TOMASI

Qui nous a encouragé avec gentillesse.

A Monsieur le Docteur DAMEZ

Ancien Interne des Hôpitaux de Lyon

Ancien Chef de Clinique à la Faculté

Médecin Chef du Centre de Rééducation Alcoolique

Nous le remercions d'avoir été l'inspirateur et le soutien de ce travail.

Durant les nombreux mois effectués dans son service, nous avons apprécié son souci de nous préparer à assumer au mieux nos responsabilités futures de praticien et nous garderons un agréable souvenir de ce qu'il a été pour nous.

A Madame BARNERON

Infirmière du Centre de Rééducation Alcoolique

Qu'elle trouve ici le témoignage de notre gratitude et qu'elle reçoive nos remerciements pour la bonne humeur avec laquelle son aide nous a toujours été accordée.

A Messieurs les Médecins et Chirurgiens de l'Hôpital de VALENCE

A mes Camarades de l'Internat

TRAITEMENT DES CONFUSIONS MENTALES AIGÜES

DES ÉTHYLIQUES CHRONIQUES

AU CENTRE DÉPARTEMENTAL DE RÉÉDUCATION ALCOOLIQUE

DE L'HÔPITAL DE VALENCE

I N T R O D U C T I O N

VALENCE, ville de soixante mille habitants, centre d'une agglomération de quatre vingt-dix mille habitants environ, se trouve situé dans une région vinicole relativement étendue.

Le taux de morbidité alcoolique pour 10.000 habitants, calculé suivant l'arrêté du 21 Novembre 1955, s'élevait dans la DRÔME en 1951 à 3,08, puis en 1952 à 3,49 et en 1953 à 3,56, soit en moyenne 3,37. Dans l'ensemble de la FRANCE, ce même taux pour les années correspondantes était successivement à 4,31, 3,96 et 4,76, soit une moyenne de 4,74.

Le décret N° 55-1007 du 28 Juillet 1955 précise : "Lorsque, dans un département, le taux de morbidité alcoolique aura été, pendant 3 ans, supérieur à la moitié du taux moyen, un décret, pris sur proposition de la Commission des Maladies mentales du Conseil permanent d'Hygiène sociale, pourra imposer à ce département les mesures nécessaires pour disposer, dans un délai de six mois, d'une ou plusieurs sections de rééducation pour alcooliques".

L'article 5 de la Loi du 15 Avril 1954, qui figure dans le Code de Santé Publique article L 356-7, a donc permis la création d'un Centre de Rééducation dans le cadre de l'Hôpital de Valence en 1960 - Section réservée aux hommes.

Ce Centre comporte 17 lits dont 2 pièces d'isolement, non insonorisées mais permettant de recevoir les agités.

Le personnel soignant de jour est représenté par une infirmière et deux aides soignants dont un homme. La nuit, la surveillance est assurée

par un aide soignant, généralement un homme, et une infirmière qui a la charge des trois services de médecine, soit 150 lits environ.

Il peut arriver, en attendant l'achèvement du nouvel Hôpital, qu'en cas de besoin, les autres services étant pleins, on y reçoive des malades non éthyliques de neuropsychiatrie courante ou de médecine générale.

Par ailleurs, les agités posent un problème de contention du fait du manque de personnel spécialisé, phénomène général en France, et nous obligent à rechercher les traitements actifs le plus rapidement possible.

Depuis sa création, le service permit de faire quelque 340 cures de rééducation qui se répartissent :

- 174 de Juillet 1960 à Janvier 1963,
- 169 de Janvier 1963 à Décembre 1964.

Parmi ces malades, un certain nombre étaient calmes à l'entrée, d'autres en plein délire. Au total, une centaine environ présentèrent une confusion mentale aiguë que nous retiendrons dans cet ouvrage.

Le traitement de ces confusions mentales aiguës chez des éthyliques chroniques évolua avec le temps.

- Pendant une première période de deux ans et demi, de nombreux essais ont été tentés pour en arriver au traitement par les neuroplégiques.

- Dans une deuxième période, depuis Janvier 1963, nous avons utilisé la CENTROPHENOXINE (LUCIDRIL) de façon régulière. La durée moyenne des délires a considérablement diminué. Le sevrage des boissons alcoolisées, de délicat et d'aléatoire dans la première période, est devenu simple, pratique et efficace grâce à la CENTROPHENOXINE.

- Dans une troisième période, nous avons cherché à lutter au maximum contre l'agitation en associant différentes thérapeutiques à la CENTROPHENOXINE. Il semble qu'un progrès très net ait été obtenu par l'association avec le METHYLDICARBAMATE (EQUANIL).

D'emblée, une catégorie particulière de malades, autour de la soixantaine, arrivant dans le service en plein épisode confusionnel ressemblant au Delirium Tremens, sont apparus cependant différente dans leur évolution

et critères cliniques pour que nous les étudions à part, soit au total 12 observations.

Les autres cas, soit 86, degré différent du Delirium Tremens, sont des délires aigus survenant brusquement chez des sujets intoxiqués depuis plusieurs années par l'alcool à dose relativement importante.

Nous éliminons l'ivresse, même l'ivresse coléreuse et dangereuse, du cadre de cette étude.

GENERALITES

DEFINITIONS

Les critères cliniques

Pour pouvoir classer les différents degrés du Delirium, nous avons dû prendre 6 critères faciles à observer dont l'association résume le tableau clinique de ces affections :

- trémulation,
- désorientation dans le temps ou l'espace,
- l'agitation motrice,
- les hallucinations vécues,
- la température élevée,
- les sueurs profuses.

La trémulation, au début distale, gagne la racine des membres. L'amplitude croît en même temps qu'elle se généralise.

La désorientation temporo-spatiale ne manque jamais. Les malades ne savent pas où ils se trouvent, mais conservent la notion de leur identité et de leur âge jusqu'au moment du délire franc.

L'agitation est constante et va en s'aggravant, pouvant même devenir dangereuse.

Les hallucinations sont mobiles, très souvent visuelles. C'est un rêve qui a la particularité d'être vécu intensément par le malade. Dans certains cas, elles entraînent des réactions de défense et d'agressivité.

La température s'élève progressivement, pouvant atteindre 40° dans les formes graves, et ceci indépendamment de tout foyer infectieux.

Les sueurs profuses ne sont pas toujours constantes. Dans certains cas, sudation à grosses gouttes, donnant une odeur forte et caractéristique dans la chambre. Mais souvent, il n'existe qu'une moiteur de la peau, en particulier du visage.

Les différents stades du délire

Grâce à ces 6 critères, on peut déterminer les différentes phases du délire :

Malade en prédelirium. Il est trémulant. Confus, agité, halluciné par périodes. Entre les phases de confusion, il n'est pratiquement que trémulant et un peu agité ; son état de conscience est sensiblement normal ; il n'est pas désorienté.

Malade en délire subaigu. Il est trémulant, confus, agité, halluciné avec peu ou pas de fièvre. Les différents symptômes sont plus accentués. Il vit son délire. C'est une forme de moyenne gravité, sans manifestations neuro-végétatives graves.

Délire aigu ou delirium tremens. Est la forme la plus grave, majeure, s'accompagnant parfois d'un état comateux. La fièvre est supérieure à 38°5, très souvent sueurs profuses. L'intensité du délire souvent spectaculaire, avec un état d'agitation incessante dans le tableau duquel les cris font partie dans de nombreux cas.

Ces différents degrés du délire, moyen et grave avec la forme prodromique, pratique pour le classement, reflètent la clinique imparfaitement.

En effet, un malade calme à l'entrée passera progressivement par ces différentes phases avant de faire le grand délire et cela plus ou moins rapidement.

Dans le prédelirium, la menace de délire est plus ou moins imminente. Un prédelirium présentant des bouffées hallucinatoires est bien proche du délire subaigu.

Cependant, pour la commodité de l'étude, il faut systématiser ce qui ne doit pas faire oublier la difficulté qu'il y a de préciser la gravité dans des observations anciennes de plusieurs années. Dans certains cas, la précision de l'observation étant insuffisante pour permettre une telle détermination, nous avons dû éliminer une dizaine d'observations.

La fin du délire

Pour estimer la durée de l'affection, il faut choisir un critère net. Le retour de la lucidité paraît être le plus sûr. Les délires, très agités au début sous l'influence du traitement, se calment, la température se normalise ; mais ces sujets restent délirants, tremulants et confus.

La lucidité est un symptôme qui se remarque d'emblée. On peut parler au malade qui ne se souvient pratiquement de rien. A ce moment, on peut dire que le délire est terminé.

Ce retour à la conscience normale est le critère que nous avons choisi même si les autres symptômes ont disparu avant. Très souvent cependant, ce sont des individus très détériorés au point de vue mental, mais ils sont lucides.

CAUSES DÉCLENCHANTES DU DÉLIRE

Dans 46 cas sur 86, on peut déterminer la ou les causes déclenchantes. Pour les 40 autres cas, nous n'avons pas de renseignements précis.

N° 1 : entre pour cure	- Prédélire le 4 ^{me} jour.
N° 2 : entre pour cure	- En prédélire
N° 3 : entre pour épistaxis	- En prédélire
N° 6 : entre pour épistaxis	- Le lendemain, délire
N° 8 : entre pour malaise sur la voie publique	- 2 jours après, prédélire.
N° 9 : entre pour cure	- délire 3 jours après
N° 10 : entre 5 jours après chute dans fosse à purin	- en délire
N° 12 : entre pour crise d'épilepsie sur le chantier	- 2 jours après, prédélire
N° 14 : entre pour cure	- 2 jours après, délire
N° 15 : entre pour cure	- 2 jours après, délire
N° 16 : entre pour cure	- 2 jours après, prédélire
N° 18 : entre en clinique pour chute sans fracture	- transfert en délire
N° 19 : entre pour chute	- 5 jours après, délire
N° 20 : entre pour cure	- 6 jours après, délire
N° 22 : entre pour cure	- 7 jours après, délire
N° 23 : entre en clinique pour fracture	- transfert en délire
N° 26 : entre pour éthyisme	- 4 jours après, délire
N° 27 : entre en délire au décours grippe	
N° 28 : entre en délire au décours grippe	
N° 30 : entre pour cure	- 3 jours après délire
N° 31 : entre pour cure	- 3 jours après délire
N° 32 : entre pour cure	- le lendemain prédélire
N° 34 : entre pour bronchite	- rapidement délire
N° 36 : entre pour suppuration jambe	- rapidement délire
N° 38 : transfert de la Maison d'Arrêt 6 jours après incarcération	- en prédélire
N° 39 : entre en délire 24 h. après repas de famille	

- N° 40 : entre pour cure - le lendemain, délire
- N° 43 : entre pour cure - délire rapidement
- N° 45 : entre pour perte de connaissance - 4 jours après, délire
- N° 48 : entre pour cure - 2 jours après, délire
- N° 49 : entre en prédélire au décours d'une grippe
- N° 52 : entre en délire au décours d'une grippe
- N° 53 : entre en délire au décours d'une grippe
- N° 58 : entre en délire au décours d'une grippe
- N° 59 : hospitalisé dans service de Phtisiologie - 4 jours après délire
- N° 60 : entre pour abcès du bras suite morsure chien - délire rapidement
- N° 67 : entre en clinique pour fracture du bras - transfert en délire
- N° 69 : transfert de la Maison d'Arrêt en prédélire, 6 jours après incarcération
- N° 72 : entre en délire à la suite de 12 heures de conduite automobile
- N° 76 : entre en délire après traumatisme thoracique sans fracture
- N° 78 : entre pour ivresse, puis après prédélire
- N° 85 : entre pour hépatomégalie - 2 jours après, délire
- N° 91 : entre pour crise comitiale - 2 jours après, prédélire
- N° 93 : transfert d'une clinique, en délire à la suite fracture
- N° 98 : entre pour fracture - 24 h. après, délire

Sevrage des boissons alcoolisées

= Malades hospitalisés, calmes, lucides, pour mise en route d'une cure de rééducation : 15 ont fait un prédélire ou un délire.

En général, le délire se déclenche 3 jours après, malgré le sevrage classique avec alcool intraveineux, vitamines...

Cependant, très souvent, ils ont déjà diminué ou arrêté l'ingestion des boissons alcoolisées avant leur entrée dans le service.

= Malades hospitalisés pour des causes diverses : deux pour épista-

taxis, trois pour un malaise d'origine non déterminée, deux après crises d'épilepsie, deux à la suite d'une incarcération ; enfin un pour ivresse, un pour hépatomégalie, un en phthisiologie sans lésions bacillaires évolutives, un pour éthylisme et dépression nerveuse.

Le temps de latence a été de 2 jours environ, pour 9 malades. Les 2 malades transférés de la Maison d'Arrêt 6 jours après leur incarcération n'ont pas eu de sevrage trop brusque, car à la Maison d'Arrêt les prisonniers peuvent se procurer de la bière de table, contenant 3 à 5 degrés d'alcool, mais cependant en quantité limitée.

Il nous semble donc que le risque du sevrage est aggravé si le malade a présenté auparavant une crise d'épilepsie ou une épistaxis.

Rôle des traumatismes

A la suite de fracture, on a observé 5 cas de délire ; après traumatismes sans fracture, 3 cas.

Les fractures et les traumatismes aggravent le risque de délire, d'une part, et en augmentent la gravité, sans pour cela que le sevrage soit uniquement en cause.

Rôle des infections

Grippe : 6 cas. Bronchite : 1 cas.

Suppuration de jambe : 1 cas. Abscess de bras : 1 cas.

Les gripes paraissent être en elles-mêmes un facteur favorisant du délire. Sur une période de 4 ans et demi, 6 cas de grippe qui surviennent curieusement groupés à la fin de la période hivernale, sauf 1 cas, et cela deux hivers consécutifs: 30 Janvier et 3 Février 1962 ; 16 Octobre 1962 ; 3 Mars et 8 Mars et 4 Avril 1963.

Pendant ces 4 $\frac{1}{2}$ ans, il y a eu des épidémies de grippe chaque hiver. Pour les éthyliques, certaines épidémies présentent un risque plus grave.

Rôle des excès

Un cas est survenu à la suite d'un repas de famille. Le temps de

latence très court, 24 heures, ne s'explique pas du fait du sevrage qui aurait pu résulter après une libation importante. On peut penser que la cause déclenchante se trouve être la libation importante elle-même.

Un cas difficile à expliquer :

Un jeune homme de 28 ans, hôtelier allemand, gros buveur de bière et de schnapps, roulait en voiture depuis 12 heures sans arrêt et sans boire. Il était accompagné par son beau-frère qui nous a renseigné. A proximité de Valence, la police les arrête, car la voiture zigzaguait sur la route. A l'entrée dans le service, le malade est confus, tremulant ; très rapidement, délire hallucinatoire grave avec sueurs profuses qui n'était pas dû à l'ivresse.

Faut-il admettre le rôle de la fatigue, dans ce cas ?

Nature de l'intoxication, quantité et durée

Evaluer la quantité d'alcool absorbé quotidiennement est approximatif. Les malades étant parfois réticents, mais très souvent ils n'ont aucune notion de la quantité absorbée. Les familles nous renseignent beaucoup mieux. Dans la moitié des cas environ, l'observation ne donne aucune précision à ce sujet. Nous avons pu avoir des renseignements dans 44 cas seulement.

La grande majorité, soit 25 malades sur 44, consomment uniquement du vin rouge. Pour 17 d'entre eux, la quantité moyenne de vin rouge absorbé varie de 2 à 8 litres par jour. La moyenne pour ces 17 cas est de 3 litres et demi quotidiens.

Dans 6 cas, les malades absorbent indifféremment vin rouge et bière. Pour 4, nous connaissons les quantités respectives de vin rouge et de bière. En moyenne, 2 litres de vin rouge et 3 litres de bière pour ces 4 malades.

Dans 4 cas, ils absorbent vin rouge, vin blanc, bière, pastis.

Dans 3 cas, vin rouge et pastis.

Dans 2 cas, vin rouge et vin blanc.

Dans 1 cas, vin rouge et apéritif.

Dans 2 cas, vin rouge et eau-de-vie.

Dans 1 cas, bière et schnapps.

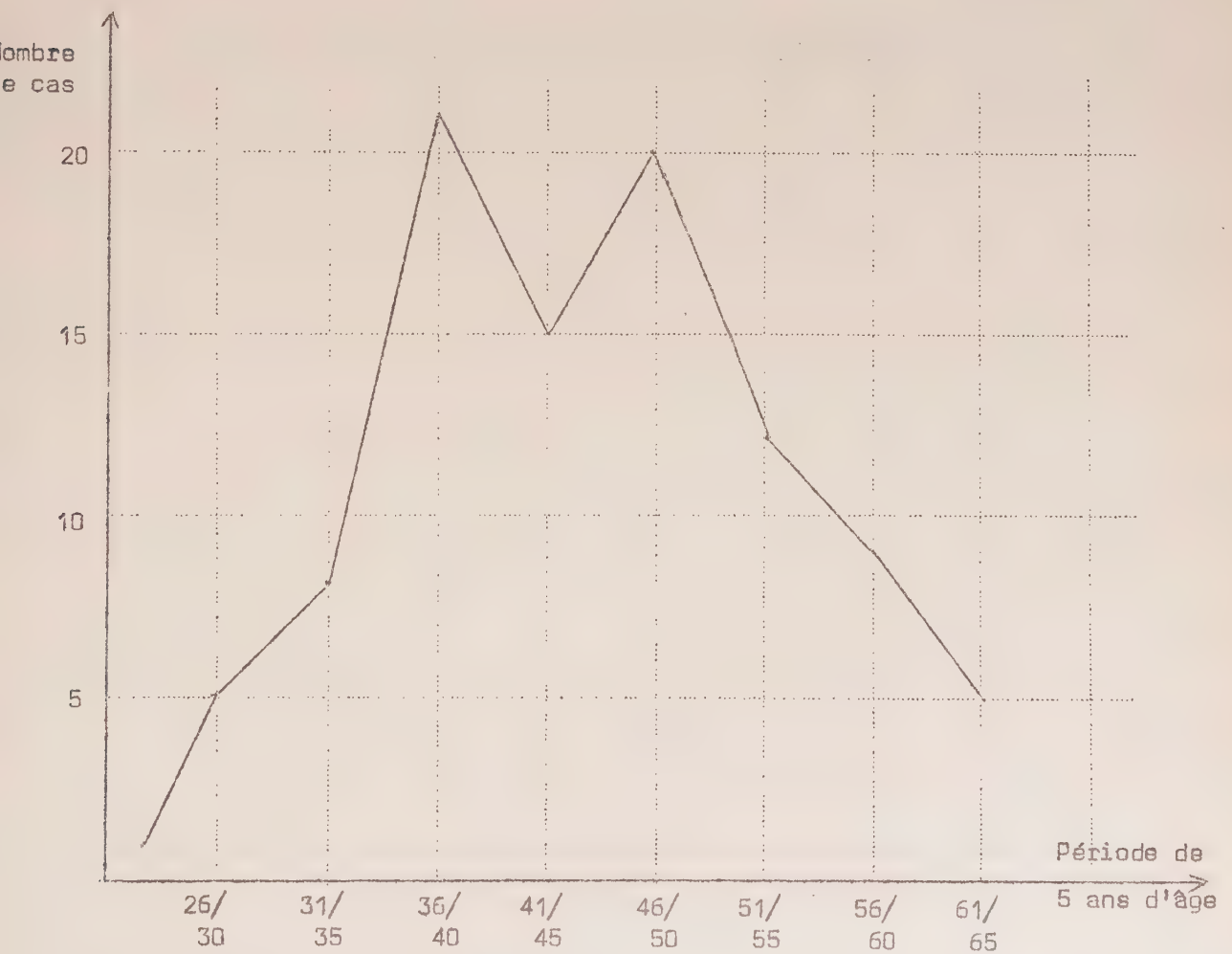
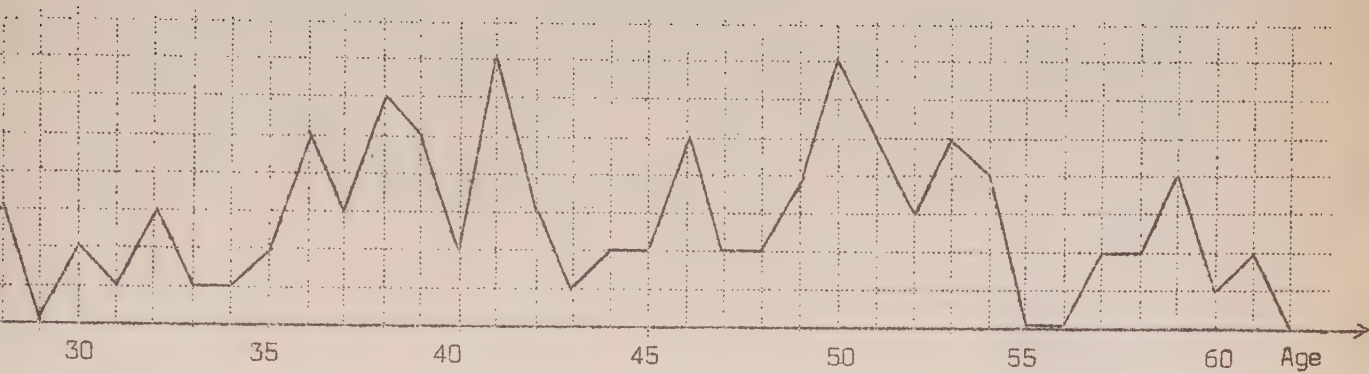
Le début de l'intoxication massive est encore plus difficile à estimer. Dans 8 cas, la date du début de l'ingestion massive de vin a pu être retrouvée, ce qui donnerait une durée moyenne, avant l'apparition d'un delirium, de 13 ans ; mais ce résultat est trop partiel pour être concluant.

o

o o

NOMBRE DE DÉLIRES EN FONCTION DE L'ÂGE

Nombre de cas
de délire



88 % des délires, c'est-à-dire 76 cas sur 86, se déclarent entre 30 et 55 ans :

30 - 35 ans	9 %
35 - 40 ans	24 %
40 - 45 ans	17 %
45 - 50 ans	23 %
50 - 55 ans	14 %

On constate deux maximums de fréquence, d'une part entre 35 et 40 ans, et d'autre part entre 45 et 50 ans.

Rôle de la profession

Pendant la période de 35 à 40 ans, soit 21 cas, on constate que les professions sont dans un rapport différent de celles de la période de 45 à 50 ans.

= Période de 35 à 40 ans : 21 observations.

Secteur agricole (agriculteur, ouvrier agricole).....	7 cas = 35 %
Secteur urbain (ouvrier, tôlier zingueur, chaudronnier, soudeur).....	11 cas = 52 %
(employé SNCF, chauffeur, agent de police)	
(peintre au pistolet, ouvrier métallurgie, plombier, employé)	
Secteur du bâtiment (maçon, manoeuvre maçon).....	1 cas = 4 %
Divers (1 clochard, 1 non connue).....	2 cas = 8 %

= Période de 45 à 50 ans : 20 observations.

Secteur agricole	6 cas = 30 %
Secteur urbain (2 ouvriers, laitier, plongeur restaurant).....	4 cas = 20 %
Secteur du bâtiment	7 cas = 35 %
Divers (1 non connue, 1 clochard, 1 invalide).....	3 cas = 15 %

Ces résultats, pour autant valables qu'ils soient, nous montrent :

1°)- les agriculteurs font des délires pendant ces périodes-là - 35 et 30 % - de façon équivalente.

2°)- Il est évident que les gens du bâtiment font de préférence un délire entre 45 et 50 ans.

3°) Les personnes vivant et travaillant en ville feraient un délire plus précocement entre 35 et 40 ans.

La consommation d'alcool pour ces différentes catégories est la même, mais les chiffres obtenus sont trop parcellaires pour pouvoir être retenus.

Les personnes du bâtiment vivent en ville mais travaillent au grand air et font des travaux de force.

Ceux du secteur urbain sont en général de constitution moins forte, travaillent dans des bureaux, dans des usines, c'est-à-dire dans des atmosphères confinées.

ÉTUDE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE
PENDANT LA PÉRIODE DE JUILLET 1960 A JANVIER 1963

TEXTES OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1 - Mr. ST... Maxime, 50 ans.

Entré le 20 Juillet 1960 pour une cure de désintoxication chez un éthylique invétéré, ivre du matin au soir.

Menace de délire au 4^{me} jour, avec température à 38°, puis délire subaigu.

Le 31 Juillet, le délire est écarté, mais la détérioration cérébrale est importante.

Délire subaigu - Durée 7 à 8 jours.

OBSERVATION N° 4 - Mr. CH... Martial, 48 ans.

Entré le 28 Décembre 1960.

Ethylique d'habitude, hospitalisé pour épistaxis. Malade agité, tremblements intenses, température normale. En prédelirium.

Dans l'après-midi, le délire se déclenche, la température monte à 38°4.

Le 4^{me} jour, la température s'élève à 39°8.

Le 5^{me} jour, nette amélioration.

Le 6^{me} jour, recrudescence de l'état délirant.

Le 9^{me} jour, la température se normalise et l'état de confusion s'arrête.

Délire aigu - Durée 9 jours.

OBSERVATION N° 5 - Mr. CH... Marcel, 30 ans.

Entré le 29 Décembre 1960.

Prédelirium chez un éthylique réactionnel. Confusion. Agitation.
Le lendemain, délire, hallucinations avec température à 38°.

Le 6me jour, sujet calme, non désorienté. La température redevient normale.

Délire aigu, ayant duré 6 jours.

OBSERVATION N° 6 - Mr. BER... Gabriel, 40 ans.

Entré le 11 Janvier 1961.

Hospitalisé en O.R.L. la veille, pour épistaxis.

En plein delirium, agitation psychomotrice et hallucinations, tremblements intenses.

4 jours après, température à 40°, ionogramme normal en dehors de la réserve alcaline à 43 volumes.

Le délire a duré 9 jours.

OBSERVATION N° 9 - Mr. GR... Fernand, 41 ans.

Entré le 22 Avril 1961.

Envoyé pour cure de rééducation. Au bout de 3 jours, le délire se déclare.

L'état délirant a duré 8 jours, avec hallucinations et réactions dangereuses.

Délire subaigu : 8 jours.

OBSERVATION N° 10 - Mr. CO... Marcel, 39 ans.

Entré le 1er Mai 1961.

A fait une chute dans une fosse à purin. Epileptique depuis 2 à 3 ans.

Tremblements intenses, rapidement délire.

Pendant 7 jours, état délirant avec hallucinations et température à 38°. Plus deux crises d'épilepsie pendant cette période.

Délire subaigu : 8 jours.

OBSERVATION N° 3 - Mr. CH... Georges, 47 ans.

Entré le 10 Décembre 1960.

Gros buveur : 4 litres plus apéritifs par jour.

Etat d'excitation manifeste, tremblements, désorientation, hallucinations, pas de température.

Le 3^{me} jour, la température s'élève à 38° et se maintient 7 jours.

Délire subaigu.

OBSERVATION N° 13 - Mr. MO... Roger, 38 ans.

Entré le 13 Juin 1961, pour une cure.

Etat de précirrhose, hépatomégalie, pas d'ascite.

Agitation minime, mais tremblements importants.

Le 4^{me} jour, délire caractérisé ; la température s'élève de 37°9 à 41°5 le lendemain.

Décès le 5^{me} jour.

Délire aigu : décès en 48 heures sur un fond de cirrhose.

OBSERVATION N° 14 - Mr. BER... René, 37 ans.

Entré le 14 Juin 1961, pour cure volontaire. A présenté une crise épileptique à son arrivée.

2 jours après, malgré le traitement, le malade délire ; tremblements, température à 39°.

9 jours après, grosse amélioration. 13 jours, parfaitement normal.

Délire aigu ayant duré 8 jours environ.

OBSERVATION N° 15 - Mr. FL... Maurice, 39 ans.

Entré le 28 Juin 1961, pour cure de désintoxication. Antécédents épileptiques.

Le 2^{me} jour, le malade est confus, nécessitant la mise au traitement neuroplégique ; la température monte à 37°8-38°.

Le 5^{me} jour, le malade est parfaitement lucide.

Délire subaigu pendant 5 jours.

E.E.G. en Août : rythme de base lent, 7,5 cycles/seconde, non modifié par les stimulations. Cette dysrythmie lente pouvant être considérée comme l'indice d'une détérioration corticale.

OBSERVATION N° 16 - Mr. LA... Martin, 46 ans.

Entré le 7 Juillet 1961, pour cure de rééducation. Malade très détérioré, mais non confus, relativement calme.

Le 2me jour, tremblements intenses et confusion, agitation, température à 37°8.

Le 3me jour, délire aigu avec hallucinations, tremblements, sueurs profuses, température à 38°6.

Délire aigu 6 jours.

OBSERVATION N° 17 - Mr. BU... Fernand, 52 ans.

Entré le 20 Juillet 1961.

Malade confus, tremblements intenses, sueurs profuses, température à 37°8, TA. 16.

Décès au bout de 24 heures.

Délire aigu, hospitalisé trop tard.

OBSERVATION N° 18 - Mr. PE... Emile, 50 ans.

Entré le 14 Août 1961.

Chute sans fractures. Le malade est transféré d'une clinique en plein delirium : température à 38°6, agitation importante.

Le lendemain : température à 40°.

Au 8me jour, amélioration, mais ensuite rechute avec température et complications pulmonaires. Décès le 17me jour.

Délire aigu et complications.

OBSERVATION N° 19 - Mr. PO... Yvan, 32 ans.

Entré le 16 Août 1961.

Buveur : 5 litres ; chute, sans que l'on puisse affirmer la comitialité.

Le délire se déclare le 5me jour. Température à 39°6.

Délire une semaine.

OBSERVATION N° 20 - Mr. RO... André, 53 ans.

Entré le 17 Août 1961, pour cure,

Le 6me jour, delirium avec fièvre.

L'état de délire vrai a duré 2 semaines ; reste très détérioré.

Délire aigu.

OBSERVATION N° 23 - Mr. SR... Henri, 36 ans.

Entré le 11 Novembre 1961, transféré d'une clinique où il était soigné pour une fracture.

Arrivé à l'hôpital en plein delirium qui a duré 3 semaines, sans température.

Gros buveur : 4 à 5 litres.

Prothrombine : 60 %.

Vers la 2me semaine, recrudescence du délire.

Délire subaigu : 3 semaines.

OBSERVATION N° 24 - Mr. VAL... Elie, 39 ans.

Entré le 22 Novembre 1961.

Depuis 48 heures, prédelirium allant en s'aggravant. A l'arrivée, malade confus, prédélirant. Température à 37°6.

Délire subaigu : 3 jours.

OBSERVATION N° 36 - Mr. R... René, 50 ans.

Entré le 30 Mai 1962.

Antécédents : un delirium.

Envoyé pour suppuration jambe. Le délire se déclenche rapidement, avec crises comitiales, température à 38°.

L'état de confusion dure 15 jours.

Délire subaigu.

OBSERVATION N° 40 - Mr. BE... Jean, 54 ans.

Entré le 22 Juin 1962, pour cure, tremblements, cauchemars, rêves professionnels, éthylisme important.

Le lendemain, température à 38°9, malade inconscient ; ensuite, la température oscille autour de 38°. Décès le 17me jour.

L'examen clinique est négatif, pas d'hépatomégalie, réflexes des

membres inférieurs normaux, troubles de la déglutition faisant craindre une atteinte bulbaire sans paralysie périphérique.

Délire éthylique aigu.

OBSERVATION N° 42 - Mr. DA... Léon, 58 ans.

Entré le 30 Juin 1962.

Ethylique notoire, hospitalisé pour délire, hallucinations.

La température oscille entre 38° et 39° pendant 20 jours.
Prothrombine 65 %. L'état délirant a duré 3 semaines.

Délire éthylique trainant.

OBSERVATION N° 43 - Mr. GI... Léon, 45 ans.

Entré le 19 Juillet 1962, envoyé pour cure.

Ethylique notoire ayant présenté une crise épileptique.

T.A. 11. Le délire débute rapidement. La température oscille autour de 38° pendant 20 jours. Prothrombine 100 %. Réflexes obtenus.

L'état du délire a duré près d'un mois.

Délire subaigu.

OBSERVATION N° 45 - Mr. PH... Justin, 44 ans.

Entré le 28 Août 1962, à la suite d'une perte de connaissance au bureau.

Le 4me jour, plein délire et coma, température à 38°6. Durée 15 jours.

Délire aigu.

OBSERVATION N° 48 - Mr. FE... Fernand, 53 ans.

Entré le 25 Septembre 1962 pour cure.

Etat d'agitation délirant dès le 2me jour, sans température, et dure 15 jours.

Délire subaigu.

OBSERVATION N° 11 - Mr. ROU... Eloi, 49 ans.

Entré le 24 Mai 1961.

Malade confus, désorienté, depuis plusieurs jours tremblements intenses, température à 37°8.

L'état de confusion et de délire a duré 15 jours et à deux reprises on a craint une issue fatale.

Délire subaigu.

OBSERVATION N° 22 - Mr. BA... André, 57 ans.

Entré le 9 Octobre 1961, pour cure de désintoxication.

Le 7me jour, le malade délire ; hallucinations, température à 37°8.

Délire subaigu : 6 jours.

OBSERVATION N° 25 - Mr. RA... Georges, 41 ans.

Entré le 30 Novembre 1961, couvert de sueurs, tremblements des lèvres, hallucinations, secousses musculaires, température à 38°4.

L'état d'inconscience subdélirante a duré 1 mois ; par ailleurs, gros foie : 5 travers de doigt. Prothrombine 70 %. Subictère. Sols et pigments biliaires dans les urines.

Délire subaigu et cirrhose.

OBSERVATION N° 26 - Mr. R... Abel, 59 ans.

Entré le 20 Décembre 1961, pour éthylisme et dépression nerveuse.

Le 4me jour, le malade commence un délire non fébrile. Confusion 7 jours.

Délire subaigu.

OBSERVATION N° 27 - Mr. B... André, 52 ans.

Entré le 30 Janvier 1962. A la suite d'une grippe, le malade arrive en plein delirium, avec température à 40°3, hallucinations.

Le malade reste inconscient 3 semaines et reste ensuite très détérioré. Le 10me jour, il a été conscient pendant la journée.

Délire aigu traînant.

OBSERVATION N° 28 - Mr. RE... Michel, 34 ans.

Entré le 3 Février 1962.

A la suite d'une grippe, hallucinations professionnelles : étant emballeur, il voit des gens qui coupent des fils, trient des tickets. Tremblements, agitation. Etat de confusion 10 jours environ.

Délire aigu.

OBSERVATION N° 30 - Mr. AR... Albert, 52 ans.

Entré le 21 Février 1962, pour cure chez un ancien tuberculeux.

Le 3^{me} jour, le malade délire, confus, température à 38°3-39°2.

L'état délirant confusionnel a duré 12 jours minimum.

Prothrombine 60 %.

Délire aigu traînant.

OBSERVATION N° 31 - Mr. ZA... Raimondo, 36 ans.

Entré le 20 Février 1962, pour cure ; tremblements des extrémités.

Le 3^{me} jour, le délire se déclare, température à 38°6.

L'état d'agitation confuse avec désorientation a duré une dizaine de jours.

Délire aigu.

OBSERVATION N° 32 - Mr. FE... Franck, 33 ans.

Entré le 26 Février 1962, pour cure.

Le lendemain, prédelirium, tremblements, anxiété. Le délire se déclare, température à 38°6.

L'état d'agitation confuse avec désorientation a duré une dizaine de jours.

Délire subaigu.

OBSERVATION N° 34 - Mr. DU... Elie, 38 ans.

Entré le 3 Mai 1962 : éthylique notoire, hospitalisé pour bronchite. Rapidement, signes d'agitation et de trémulation.

L'état de confusion sans température a duré 8 jours.

Délire subaigu.

OBSERVATION N° 35 - Mr. LA... Charles, 57 ans.

Entré le 28 Mai 1962, en état d'agitation et de confusion.

Ethylique de longue date, buvant 4 litres par jour ; la température s'élève à 38°8.

L'état de confusion dura 3 semaines ; le malade en sort très détérioré. Prothrombine 70 %.

Délire traînant subaigu.

OBSERVATION N° 39 - Mr. ME... Henri, 50 ans.

Entré le 20 Juin 1962.

La veille de l'hospitalisation, il avait participé à un repas de famille. T.A. 11. A l'arrivée, le malade délire, tremblements, température à 38°.

Le lendemain, température à 39°, T.A. 16/5.

La période confusionnelle a duré environ 8 jours.

Délire aigu.

OBSERVATION N° 41 - Mr. BE... René, 50 ans.

Entré le 28 Juin 1962, en état de delirium, tremblements importants, agitation avec confusion. Température normale.

L'état d'agitation a duré une dizaine de jours.

Délire subaigu.

OBSERVATION N° 44 - Mr. CH... Marcel, 47 ans.

Entré le 20 Juillet 1962.

Ancien désintoxiqué (3 cures), ayant repris la boisson. A l'entrée, délire ; l'état s'aggrave rapidement, température entre 38° et 39°.

L'état de confusion a duré une dizaine de jours ; plusieurs crises comitiales. Prothrombine 60 %.

Délire aigu.

OBSERVATION N° 37 - Mr. M... Raoul, 38 ans.

Entré le 5 Juin 1962, en delirium chez un éthylique notable.

La température est maintenue entre 38-39° pendant 13 jours.

L'état confusionnel a duré 10 jours.

Délire aigu.

OBSERVATION N° 2 - Mr. REY... Pierre, 41 ans.

Entré le 5 Octobre 1960, pour cure, chez un éthylique chronique, trémulation, parole saccadée, mais température normale.

Après la disparition des symptômes prémonitoires du délire, il est resté longtemps obnubilé.

Prédelirium menaçant pendant 5 jours.

OBSERVATION N° 8 - Mr. RO... Léon, 50 ans.

Entré le 25 Mars 1961.

Ethylique notoire, épileptique ancien, tuberculose chronique, hospitalisé à la suite d'un malaise sur la voie publique. Transfert dans le service en prédelirium : tremblements, parole saccadée, délire léger, température 38°2.

Le 7me jour, la température se normalise.

Prédélire.

OBSERVATION N° 12 - Mr. BE.... Maurice, 49 ans.

Entré le 6 Juin 1961; à la suite d'un accident minime, secondaire à une crise épileptique sur le chantier, le malade est resté à l'hôpital.

Au bout de 2 jours, agitation, vision de mouches et de bêtes au plafond, température à 38°4.

Le 4me jour, la température se normalise et le risque de délire est écarté.

Prédélire.

OBSERVATION N° 38 - Mr. D... Jean, 35 ans.

Entré le 20 Mai 1962, transféré de la Maison d'Arrêt en prédelirium avec confusion, température à 38°4.

Le malade est reparti 5 jours après.

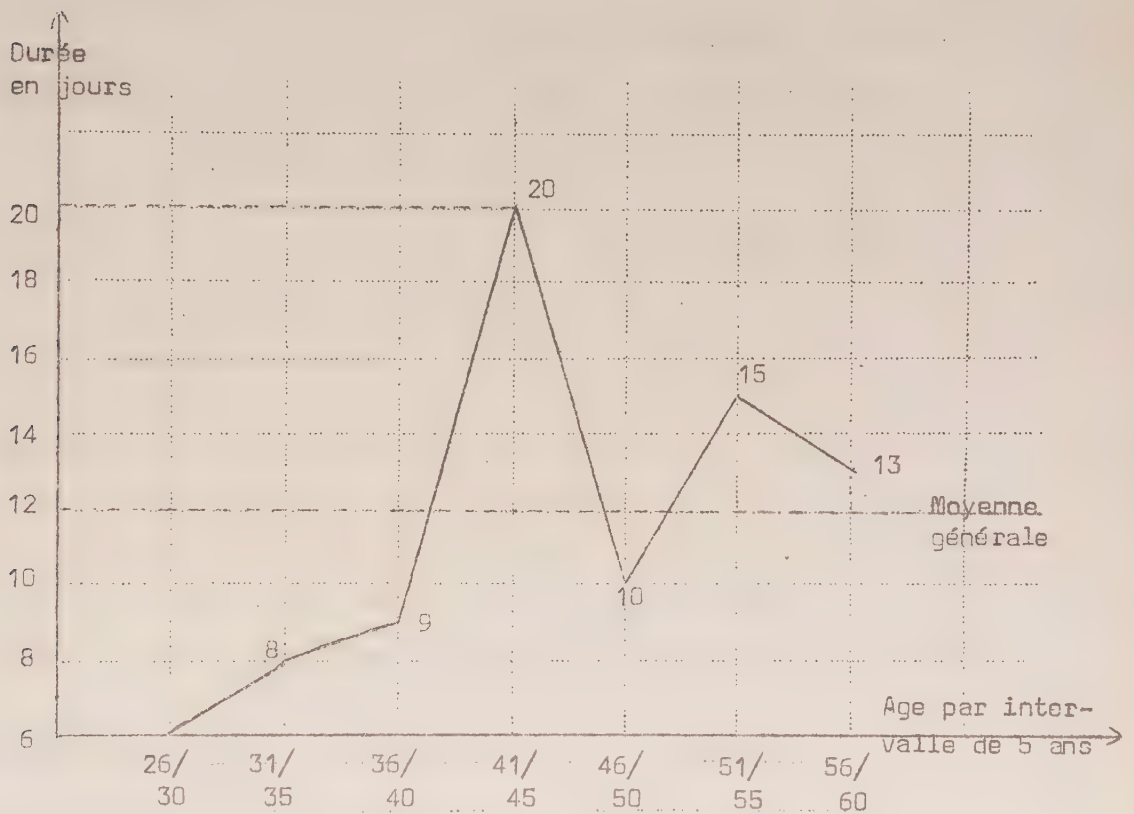
Prédelirium.

Pendant la période s'étendant de Juillet 1960 à Janvier 1963, le Centre a reçu :

4 prédeliriums
18 délires subaigus
20 délires aigus graves dont 4 décès.

DURÉE MOYENNE DE LA PÉRIODE DE CONFUSION

Pour les 34 (18 + 16) deliriums, la durée moyenne a été de 12 jours.
Existe-t-il une influence de l'âge ?



Entre les âges de 41 à 55 ans, le taux moyen de 20 jours ne porte que sur 4 cas ne permettant pas de tirer de conclusions valables.

On peut dire que l'aspect général de la courbe est ascendant, donc que la durée du délire croît avec l'âge des sujets. Mais pendant cette période, les traitements ont varié avec le temps.

LES DIFFÉRENTS TYPES DE TRAITEMENT DES ÉTATS DÉLIRANTS

Traitement commun à tous les cas

- Alcool intraveineux (Curéthyl) à dose dégressive : 50 cc, 40 cc, 30 cc..
- Alcool par voie buccale : Potion de Todd.
- Vitaminothérapie :
 - (Vit. B₁ : 1 ampoule 100 mg
 - (Vit. B₆ : 2 ampoules 250 mg
 - (Vit. B₁₂ : 1 ampoule 100 γ
 - (Vit. K : 1 à 4 ampoules 20 mg selon taux de prothrombine.
- Extraits hépatiques : 250 mg.
- Au début, Arginine glucosée, puis Roomaline 250 cc., une à deux fois par jour.
- Antibiothérapie par voie générale systématique.
- Réhydratation intense.

Suivant l'état du malade, par voie buccale, par voie veineuse ou mixte. La dénudation a dû être pratiquée de nombreuses fois, par suite de l'agitation des malades.

Les délires graves ont, tous, été perfusés par voie veineuse. La quantité de liquide en moyenne est de 3 à 4 litres sous surveillance du ionogramme. En cas de glycosurie non diabétique, association d'insuline.

A noter que les malades mangent purée, bouillons, viandes, à condition que le personnel soit patient et s'ils ne sont pas comateux.

Traitement par Méthylidicarbamate (Equanil) + Neuropléiques

Obs.	Méthylidicarbamate Equanil	Chlorpromazine Larqactil	Alimemazine Théralène	Strychnine	Azacyclonal Frenquel	Chlorpro- tixène	Durée
1	1,6 g/j		200 mg/j				8 j
4	1,6 g	400 mg		10 mg			9 j
5	1,6 g	300 mg		5 mg			6 j
6	1,6 g	300 mg			100 mg		9 j
9	1,6 g	300 mg			100 mg		8 j
10	1,6 g	300 mg			100 mg	135 mg	8 j

En tout 6 cas, dont la durée moyenne a été de 8 jours.

Traitement par Neuropléiques + Strychnine = 1 cas.

N° 3 - Chlorpromazine 300 mg + Strychnine 10 mg - Durée du délire : 7 jours.

Traitement par les Neuropléiques seuls = 16 cas.

Obs.	Chlorpromazine Largactil	Alimémazine Théralène	Chlorprotixène Taracten	Prothipendyl Dominal	Durée
13	300 mg	150 mg	90 mg		DC 2e j.
14	150 mg	150 mg	90 mg		8 j.
15	200 mg	90 mg	135 mg		5 j.
16	350 mg	100 mg	135 mg		5 j.
17	200 mg	100 mg	60 mg		DC 24 h.
18	200 mg	100 mg	100 mg		DC 17 j.
19	250 mg	150 mg	90 mg		7 j.
20	200 mg	100 mg	90 mg		15 j.
23	100 mg	100 mg	60 mg	100 mg	21 j.
24	100 mg	100 mg	60 mg	100 mg	3 j.
36	100 mg	100 mg	60 mg	320 mg	15 j.
40	-	100 mg	60 mg	320 mg	DC 17 j.
42	-	100 mg	60 mg	320 mg	21 j.
43	100 mg	200 mg	45 mg	320 mg	30 j.
45	75 mg	75 mg	45 mg	240 mg	15 j.
48	100 mg	100 mg	-	320 mg	15 j.

{ Durée moyenne = 13,5 jours.
{ Décès = 4

Traitement Neuroplégique + Azacyclonal = 15 cas.

Obs.	Chlorpromazine Largactil	Alimemazine Théralène	Chlorprotixène Taractan	Protipendyl Dominal	Azacyclonal Frenquel	Durée
11	300 mg	-	135 mg	-	100 mg	15 j.
22	250 mg	60 mg	90 mg	160 mg	300 mg	6 j.
25	100 mg	100 mg	60 mg	100 mg	100 mg	30 j.
26	-	100 mg	60 mg	320 mg	200 mg	7 j.
27	100 mg	100 mg	60 mg	380 mg	100 mg	21 j.
28	100 mg	100 mg	60 mg	320 mg	100 mg	10 j.
30	100 mg	100 mg	60 mg	320 mg	100 mg	12 j.
31	100 mg	100 mg	60 mg	320 mg	100 mg	10 j.
32	100 mg	100 mg	60 mg	320 mg	100 mg	10 j.
34	100 mg	100 mg	60 mg	320 mg	100 mg	8 j.
35	100 mg	100 mg	60 mg	320 mg	100 mg	21 j.
39	-	-	60 mg	320 mg	100 mg	8 j.
41	100 mg	100 mg	60 mg	320 mg	100 mg	10 j.
44	100 mg	100 mg	60 mg	320 mg	100 mg	10 j.
37	Hémineurine 3 comprimés	100 mg	60 mg	320 mg	100 mg	10 j.

(Durée moyenne = 12,2 jours
(Décès = aucun.

TRAITEMENT PREVENTIF

Cas de prédélie n'ayant pas évolué :

4 cas seulement des sujets à l'entrée prédélirants ou quelques jours après l'entrée, le traitement préventif ayant fait avorter la menace de délire.

Obs.	Chlorpromazine	Alimemazine	Chlorprotixène	Protipendyl	Strychnine
2	200 mg				10 mg
8	300 mg				5 mg
12	300 mg		30 mg		
38	100 mg		100 mg		320 mg

Par contre, 13 cas de malades calmes à l'entrée évoluèrent vers le délire malgré le traitement préventif qui était dans la majorité le traitement du delirium.

Ce sont les observations : 1 - 9 - 13 - 14 - 16 - 19 - 20 - 45 - 48 - 22 - 26 - 30 - 31.

ECHEC DU SEVRAGE

Le service, pendant cette période, a reçu environ 170 malades éthyliques chroniques, dans le but de mettre en route une cure de rééducation.

Parmi ces 170 malades, une vingtaine sont arrivés dans un état délirant ou prédélirant; donc au total, il y a eu 150 malades calmes à leur entrée.

3 malades (observations 2 - 8 - 12) ont présenté un prédélirium ; 13 malades, par contre, évoluèrent vers le délire : 1 - 9 - 13 - 14 - 16 - 19 - 20 - 45 - 48 - 22 - 26 - 30 - 31.

Au total : 13 malades qui, malgré le traitement préventif, présentèrent un délire du fait de leur entrée dans le service pour 150 malades.

- Pourcentage d'échecs du sevrage : 9 %.

DECES

N° 13 - Age : 38 ans.

Décès rapide en 24 h., dans un tableau d'hyperthermie après le début du délire. C'était un sujet conscient à l'entrée avec une hépatogémalie. Délire dépassant les possibilités thérapeutiques du moment.

N° 18 - Age : 50 ans.

A présenté un délire aigu et a fait le 8me jour une complication pulmonaire malgré l'antibiothérapie, le délire étant guéri. Décès au 17me jour.

N° 17 - Age : 52 ans.

Décédé 24 heures après son hospitalisation, en plein délire aigu. Il semble que son hospitalisation ait été trop tardive.

N° 40 - Age : 54 ans.

Arrivé conscient pour une cure de désintoxication. Le lendemain, le délire se déclare. Décès au bout de 17 jours. Avant sa mort, troubles de la déglutition d'origine centrale ?

Dans aucun de ces cas, l'autopsie n'a pu être pratiquée.

Moyenne d'âge des sujets décédés : 48,5 ans.

Rapport des décès et des cas de délires aigus et subaigus :

10,5 %.

Rapport des décès et des cas de délires aigus :

20 %.

ESSAIS NON CONCLUANTS de la CENTROPHENOXINE + NEUROPLEGIQUES

= Dans les cas 1 - 4 - 6 - 31, on a donné de petites doses de Centrophénoxine : 0,5 g par voie buccale, en même temps que les neuroplégiques.

= Dans les cas 23 - 24 - 25 - 27 - 28 - 30 - 32 - 34 - 36, la dose de Centrophénoxine a été plus importante. Mais non seulement elle était associée aux neuroplégiques, mais encore chaque fois que le malade était perfusé, nous la mettions dans les perfusions où la Centrophénoxine risque de s'hydrolyser.

La durée moyenne pour ces 13 cas est de 11,9 jours, chiffre identique à la moyenne générale des délires pendant toute cette période.

CONCLUSIONS

Durée moyenne des délires : 12 jours.

Mortalité des délires aigus et subaigus : 10,5 %.

Mortalité des délires graves : 20 %.

L'association Neuropléiques et Méthyldicarbamate paraît avoir donné de meilleurs résultats : 6 cas - Durée 9 jours.

Le séchage dans le service a été inefficace pour 9 % des sujets désinquant ou acceptant de faire une cure de rééducation.

L'association Neuropléiques et Centrophénoxine n'a pas donné les résultats escomptés.

ÉTUDE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE
PENDANT LA PÉRIODE DE JANVIER 1963 A DÉCEMBRE 1964

TEXTE OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 55 - Mr. CHA... Daniel, 41 ans.

Entré le 16 Mars 1963, en état de prédélire : trémulation importante, température 38°2, angoisse, chez un éthylique notoire.

Le troisième jour, tout danger d'évolution délirante est écarté.

Prédélire.

OBSERVATION N° 62 - Mr. ESC... Paul, 48 ans.

Entré le 3 Mai 1963. Hospitalisé en état de prédélire avec trémulation importante qui nécessite le traitement. Température 38°.

Prédélire.

OBSERVATION N° 64 - Mr. THE... André, 28 ans.

Entré le 11 Mai 1963 : hallucinations, tremblements permanents, température 38°, état prédélirant sérieux.

La mise au traitement a fait avorter rapidement la crise.

Prédélire.

OBSERVATION N° 65 - Mr. MOT... Louis, 46 ans.

Entré le 20 Mai 1963. Hospitalisé en état de prédelirium. L'évolution du délire a été rapidement enrayée. Température normale.

Prédélire.

OBSERVATION N° 68 - Mr. GAU... Joseph, 42 ans.

Entré le 26 Juillet 1963, pour cure. Arrivé dans un état de grande agitation, température à 38°5, mais non encore confus.

3 jours après, le risque de délire est définitivement écarté.

Prédélire.

OBSERVATION N° 69 - Mr. JAZ... Henri, 38 ans.

Entré le 26 Septembre 1963.

Transféré de la Maison d'Arrêt pour prédélire ; il avait été arrêté peu de jours avant. Température 38°8.

Prédélire.

OBSERVATION N° 78 - Mr. NAV... Franck, 41 ans.

Entré le 22 Novembre 1963. Hospitalisé pour ivresse. Transféré dans le service en état de prédelirium.

4 jours après, toute menace est écartée.

Prédélire.

OBSERVATION N° 83 - Mr. COM... Marcel, 41 ans.

Entré le 27 Février 1964. Hospitalisé pour douleur de la fosse iliaque droite et désorientation faisant craindre le délire. A l'entrée, trémulation, obnubilation, prédelirium léger.

Le prédélire s'est rapidement dissipé.

OBSERVATION N° 84 - Mr. BRE... Georges, 53 ans.

Entré le 7 Mars 1964. Désorientation, trémulation faisant craindre un delirium.

3 jours après, le sujet est calme, mais euphorique.

Prédélire.

OBSERVATION N° 86 - Mr. DEL... André, 30 ans.

Entré le 20 Juin 1964. Trémulation, sueurs profuses, pas d'hallucinations, mais risque de délire.

2 jours après, calme.

Prédélire.

OBSERVATION N° 95 - Mr. DEB... Maurice, 31 ans.

Entré le 12 Octobre 1964. A l'entrée, tremblements intenses, sans agitation, sans hallucinations. L'état n'a jamais été délirant. Très rapidement calme.

Prédélire.

OBSERVATION N° 52 - Mr. DEB... Emilio, 50 ans.

Entré le 3 Mars 1963. Buveur habituel. A l'occasion d'une grippe avec température à 40°, il a commencé un délire.

A l'entrée, température à 37°4, qui ne s'élève pas pendant la durée du délire qui a duré 4 jours.

Délire subaigu, 4 jours.

OBSERVATION N° 53 - Mr. CAL... Francis, 42 ans.

Entré le 8 Mars 1963. A la suite d'une grippe, est envoyé pour delirium.

A l'entrée, agitation intense évoluant rapidement vers le délire hallucinatoire. La température s'élève à 38°2. Le cinquième jour, état apparemment normal.

Délire subaigu, 4 jours.

OBSERVATION N° 56 - Mr. BES... Paul, 58 ans.

Entré le 28 Mars 1963, en delirium non fébrile, chez un très gros éthylique ; hépatomégalie ; prothrombine 70 % ; tests hépatiques perturbés.

L'épisode hallucinatoire est terminé le sixième jour ; la température a oscillé autour de 38°. Mais évolution vers la cirrhose.

Au bout de 3 semaines, pleurésie à Klebsiella, puis pneumothorax spontané. Décès.

Délire subaigu, 5 jours.

OBSERVATION N° 58 - Mr. AR... Georges, 42 ans.

Entré le 4 Avril 1963. Boulanger, éthylique chronique qui, à la suite d'une grippe, présente un délire onirique, agitation, hallucinations visuelles, température à 37°8.

Délire subaigu, 3 jours.

Abcès fesses un mois après.

OBSERVATION N° 59 - Mr. COI... André, 50 ans.

Entré le 9 Avril 1963. Tuberculeux non évolutif, passé dans le service par le service de Phtisiologie, après un séjour de 4 jours.

A l'entrée, delirium, température 38°.

Délire subaigu. L'état confusionnel a duré 8 jours, en partie à cause de l'arrêt prématuré du Lucidril I.V.-

OBSERVATION N° 60 - Mr. BOM... Henri, 37 ans.

Entré le 15 Avril 1963, transféré de chirurgie où il était hospitalisé pour un abcès du bras, à la suite d'une morsure de chien.

Dans le service, delirium typique, température autour de 38°.

Délire subaigu, 3 jours.

OBSERVATION N° 66 - Mr. GONN... Cyprien, 58 ans.

Entré le 27 Juin 1963. Hospitalisé en état de confusion éthylique, température à 38°6, qui s'est normalisé le 4me jour. La confusion a duré environ 3 jours.

Délire subaigu.

OBSERVATION N° 67 - Mr. FED... Yves, 39 ans.

Entré le 20 Juillet 1963, transféré d'une clinique où il était soigné pour fracture du bras, en plein délire, avec température à 38°4.

Délire subaigu, 2-3 jours.

OBSERVATION N° 73 - Mr. JUS... Fernand, 38 ans.

Entré le 8 Octobre 1963, amené d'urgence par sa femme : confusion mentale, éthylisme important, température 38°, agitation.

2 jours après, amélioration importante.

3me jour, rechute du délire.

7me jour, état quasi normal avec persistance de l'euphorie qui a caractérisé son délire.

Délire subaigu, 6 jours.

OBSERVATION N° 74 - Mr. TRE... Georges, 37 ans.

Entré le 10 Octobre 1963. Hospitalisé en état de confusion complète courant à quatre pattes, posant des affiches ... La température reste infé-

rieure à 38°.

Sort de l'état délirant en 4 jours.

Délire subaigu.

OBSERVATION N° 75 - Mr. ROL... Albert, 40 ans.

Entré le 8 Novembre 1963.

Hospitalisé pour vertiges, présentait un début de délire hallucinatoire, trémulation, alcoolémie négative, température 38°.

Délire subaigu, 3-4 jours.

OBSERVATION N° 76 - Mr. SAN... Rémy, 41 ans.

Entré le 20 Octobre 1963.

A la suite traumatisme thoracique récent, présente un delirium avec trémulation, hallucinations : le malade, préparateur en pharmacie, comptait ses comprimés... Sueurs profuses, température à 37°4.

Le 2me jour, énorme hématomèse ; le délire a disparu aussitôt.

L'évolution se fait ensuite vers la cirrhose.

Un mois après, il a la typhoïde.

Délire subaigu, 36 heures.

OBSERVATION N° 80 - Mr. CAL... Pierre, 44 ans.

Entré le 14 Février 1964 (Maison d'Arrêt, escroquerie).

19 h., à l'entrée, trémulation ; aperçoit des petites bêtes ; température 37°8 ; on ne peut le sortir de son délire ; sueurs.

Le lendemain matin, pas d'hallucinations, pas de sueurs, pas de désorientation.

Délire subaigu léger, 12 h.

OBSERVATION N° 81 - Mr. GIV... André, 36 ans.

Entré le 18 Février 1964. Envoyé à la suite d'une crise comitiale chez un éthylique reconnaissant 5 litres de vin. A l'entrée, sujet calme.

Le 19 Février : 1 g. de Lucidril.

Le 20 Février : le sujet est confus, avec des phénomènes hallucinatoires. Prédélire. On passe à Lucidril, 2 g.

Le 21 Février au matin, trémulation, hallucinations, sans sueurs, température à 38°. Délire subaigu. On passe à 4 g. Lucidril.

Le 23 Février, le sujet est lucide, mais euphorique.

Délire subaigu, 3 jours.

OBSERVATION N° 90 - Mr. CLA... Fernand, 53 ans.

Entré le 21 Août 1964.

Dans le service, activité onirique subaiguë, température à 37°5.
Le délire a cédé le 3me jour.

Délire subaigu, 3 jours.

OBSERVATION N° 92 - Mr. BAD... Raymond, 35 ans.

Entré le 13 Septembre 1964.

A présenté, le 10 Septembre, un délire subaigu avec hallucinations, sueurs profuses, température à 38°. Mis au Lucidril, 4 g., le 10 Septembre à midi.

Le 12 au matin, amélioration nette ; mais le soir, soit 48 heures après le début du traitement, reprise du délire. Transfert à Valence le 13.

Le 15, le délire cède ; il a duré 5 jours.

Délire subaigu.

OBSERVATION N° 63 - Mr. FER... Aimé, 37 ans.

Entré le 11 Mai 1963.

Sujet éthylique connu, agité et tremulant, sans température.

Le lendemain, la température s'élève à 39°4.

Le surlendemain, 40°4, puis se normalise.

Le délire a bien répondu au Lucidril ; pas de signes méningés.

Brusquement, le quatrième jour au matin, paralysie respiratoire bulbaire qui a nécessité son transfert dans le service de Monsieur le Professeur ROCHE, à Lyon.

A noter qu'il avait une diminution des réflexes des membres inférieurs et qu'il était quadriplégique. Par ailleurs, antécédents comitiaux.

Décès le 6me jour. Autopsie négative.

Délire aigu.

OBSERVATION N° 70 - Mr. MIC... Fernand, 46 ans.

Entré le 29 Septembre 1963, en plein délire, avec hallucinations, agitation, température à 39°, langue rôtie. Importantes ecchymoses sur jambe et épaule traumatique. T.A. : 11.

Décès le 6me jour. Le 5me jour, apparition contracture extrême, réflexes rotuliens inexistantes. Hémorragie méningée ?

OBSERVATION N° 71 - Mr. ARN... René, 32 ans.

Entré le 4 Octobre 1963, en état de délire avec hallucinations, agitation, température à 39°.

Le quatrième jour, l'épisode délirant paraît terminé, quoique le sujet reste un peu obnubilé.

Délire aigu, 4 jours.

OBSERVATION N° 72 - Mr. STU... Kurt, 28 ans.

Entré le 5 Octobre 1963.

Hôtelier allemand, gros buveur de bière, arrêté par la police après avoir conduit 12 heures sans arrêt et sans boire.

Dans le service, delirium typique avec hallucinations, trémulation, température à 38°6, sueurs profuses.

Le quatrième jour, est lucide, mais reste assez détérioré.

Délire aigu, 3-4 jours.

OBSERVATION N° 79 - Mr. TIA... Abel, 54 ans.

Entré le 24 Janvier 1964.

16 h.: prédelirium; par moment, hallucinations, désorientation, agitation motrice importante, température à 37°8, trémulation. En l'appelant fort, on peut sortir le malade de son délire. Lucidril, 3 g.

23 h.: délire subaigu ; on ne peut plus sortir le malade de son délire.

Le 25 Janvier, 11 h., le malade n'est pas agressif ; hallucinations toujours aussi riches. Lucidril, 3,5 g.

16 h. : activité délirante intense, sueurs profuses, odeur forte, température 38°. Délire aigu. Lucidril, 4 g.

Le 26 Janvier, le délire s'est accentué ; il a peur, discute, activité délirante intense.

Le 27, midi : il dort, il est calme.

Le 28, réveil : la confusion a totalement disparu.

Délire aigu : 60 heures, à partir de la dose de 4 g de Lucidril.

OBSERVATION N° 85 - Mr. LUY... René, 38 ans.

Entré le 15 Juin 1964.

Antécédents comitiaux, foie volumineux, éthylisme important : 8 li-

tres. Prothrombine 58 %.

- Le 16 Juin, 16 h., Lucidril, 4 g. Transfert dans le service, car
trémulation, sueurs, hallucinations, température 37°2. Délire subaigu.
à 21 h., delirium typique. On doit l'attacher, ce
qui augmente encore son activité onirique.
à 22 h., devant l'excitation dangereuse, on fait 10 mg
d'Halopéridol en 2 injections.
à 24 h., 5 mg. ; l'agitation est toujours aussi intense

- Le 17 Juin, le malade délire toujours, mais l'agitation diminue.
On fait 6 g de Lucidril ; la température monte à 40°.

- Le 18 Juin, coma, température à 41°4, pas de raideur, puis chute
T.A. à 6, température à 39°. Le soir, DECES.

P.L. post-mortem : pas de sang. Le malade est subictérique, le gros
foie a disparu. Urée = 1,12 g. Ionogramme normal.

OBSERVATION N° 87 - Mr. FLO... Robert, 36 ans.

Entré le 12 Juillet 1964.

Envoyé pour cure volontaire ; reconnaît 2,5 litres ; sujet calme,
non trémulant.

Dans la nuit du 13 au 14 Juillet, le délire se déclare ; la tempé-
rature au matin s'élève à 38°5, hallucinations, sueurs, agitations, trémula-
tion.

Le 17, sort de son délire.

Délire aigu, 4 jours.

OBSERVATION N° 88 - Mr. MI... Georges, 46 ans.

Entré le 16 Juillet 1964.

Confusion, marmonnements, agitation, sueurs, hallucinations, 38-39°.

Le délire aigu a duré 5-6 jours. On découvre après une névrite
rétro-bulbaire.

OBSERVATION N° 89 - Mr. PIC... Pierre, 49 ans.

Entré le 2 Août 1964.

Agitation, tremblement, confusion, température à 38°1.

Le 3 Août, après-midi, température à 39°4, confusion, agitation con-
sidérable, sueurs.

Le 4 Août, 40°4.

Le delirium a duré 5 jours ; le quatrième jour, on avait réduit le traitement, l'agitation avait repris.

Délire aigu, 5 jours.

OBSERVATION N° 91 - Mr. AND... Joseph, 36 ans.

Entré le 22 Août 1964.

Delirium typique, tremblements ; parle peu ; hallucinations, activité délirante intensément vécue.

Le 23, température 39°2, sueurs abondantes.

Le 28, lucide.

Délire aigu : 5 jours.

OBSERVATION N° 93 - Mr. FAU... Adrien, 47 ans.

Entré le 9 Octobre 1964.

Malade hospitalisé en clinique pour fracture, avoue boire 3 litres. Il est envoyé pour prédélire.

Il a rapidement évolué vers le délire aigu, avec température à 38°8. Le délire a duré 4 jours.

Délire aigu.

OBSERVATION N° 98 - Mr. ARN... Louis, 45 ans.

Entré le 7 Novembre 1964, pour fracture de jambe ; reconnaît boire 5 litres.

Le 8, prédélirium, trémulation. Lucidril, 4 g.

Le 9, le délire se déclare ; l'agitation est importante ; sueurs profuses d'odeur forte. Reçoit Dominal, 240 mg ; Taractan, 45 mg ; Théralène, 75 mg.

Le 10, même état ; reçoit neuroplégiques.

Le 11 Novembre, toujours à 4 g. de Lucidril : à 9 h., Dominal, 80 ; Taractan, 15 ; Théralène, 25 ;

à 14 h., 0,50 g. Nesdonal I.M. ;

à 17 h. et 21 h., Nesdonal I.M. ; pas d'amélioration. On augmente alors le Lucidril à 5 g, sans neuroplégiques.

Le 13 Novembre, le malade est lucide.

Délire aigu : 5 jours.

OBSERVATION N° 49 - Mr. LA... Guy, 28 ans.

Entré le 16 Octobre 1962.

Gros buveur : 4 litres. A l'occasion d'une grippe, présente des signes annonciateurs du délire. Prothrombine 70 %.

Pendant les 8 premiers jours, l'état délirant a été inquiétant (hallucinations, tremblements, température à 38°).

Délire subaigu.

OBSERVATION N° 51 - Mr. AU... Paul, 43 ans.

Entré le 25 Janvier 1963.

A l'entrée, température à 38° ; le délire est franc et hallucinatoire, de pronostic réservé.

Les 2 premiers jours, Dominal, Taractan, Théralène, Largactil ; la température s'élève à 38°8.

Le troisième jour, arrêt des neuroplégiques ; mis au Lucidril, 4 g. L'état s'est amélioré rapidement, la température s'est normalisée.

Le cinquième jour, le malade est somnolent.

Le sixième jour, il est lucide.

Délire aigu.

OBSERVATION N° 54 - Mr. PIZ... Paul, 50 ans.

Entré le 13 Mars 1963.

Ethylique notoire en état d'excitation et d'agitation, sans délire vrai, donnant l'impression d'un paranoïaque atypique, température à 37°.

Mis au traitement neuroplégique : Nozinan, 400 mg ; Théralène, 100 mg ; Curéthyl Todd, B1, B6, B12, K1, foie.

Le quatrième jour, même état délirant ; mis au traitement par Lucidril, 4 g, après arrêt des neuroplégiques. Le résultat a été surprenant : le septième jour, le malade est presque normal.

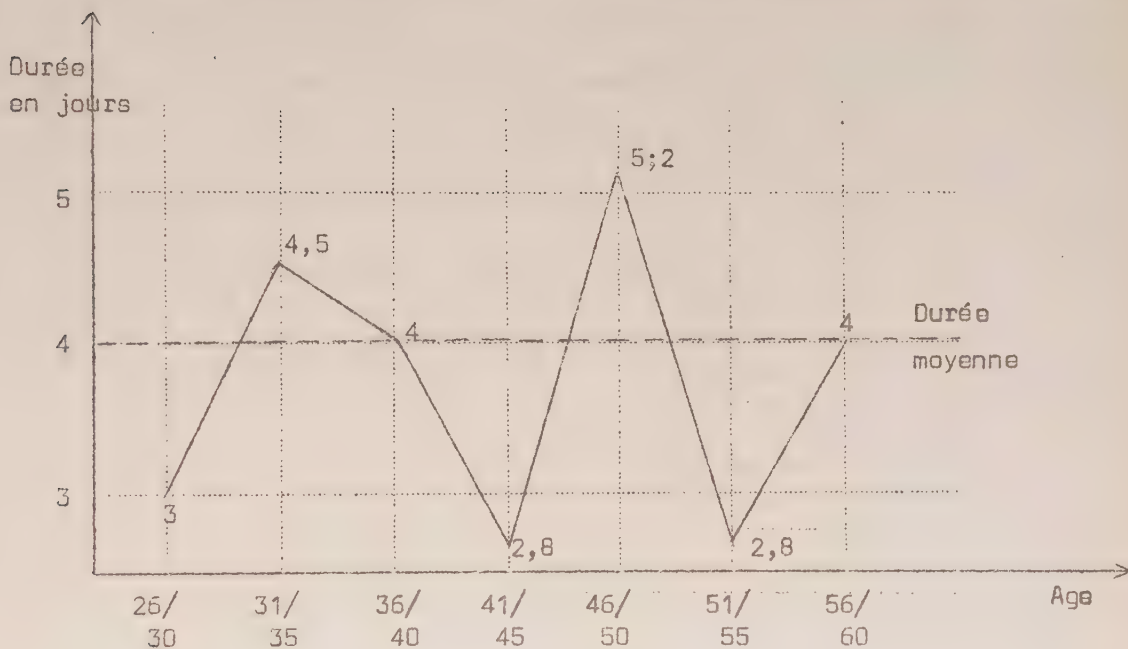
On peut penser qu'il s'est agi d'un délire subaigu.

Pendant la période s'étalant de Janvier 1963 à Décembre 1964, le Centre a reçu :

- 11 prédélires n'ayant pas évolué,
- 18 délires subaigus,
- 13 délires aigus graves.

DURÉE MOYENNE DE LA PÉRIODE DE CONFUSION

Pour les 18 + 13, soit 31 délires, la durée moyenne a été de 4 jours.



Pendant ces 2 ans, le traitement étant le même, il ne semble pas exister de rapport entre la durée du délire et l'âge du malade.

TRAITEMENT COMMUN A TOUS LES CAS

C'est le même que pendant la première période :

- Alcool intraveineux,
- Vitaminothérapie,
- Extrait hépatique,
- Antibiothérapie,
- Réhydratation intense.

LE TRAITEMENT PAR LA CENTROPHÉNOXINE

Traitement des prédélire n'ayant pas évolué

Obs.	Age	Entrée	Evolution	Dose quotidienne de CENTROPHÉNOXINE en g	Durée
55	41	Prédélire	-	4 g - 4 - 3 - 3 - 2 Injectable	
62	48	Prédélire	-	4 - 3 - 2 - 1,5 Injectable	
64	28	Prédélire	-	4 - 4 - 3 - 2 - 1 Injectable	
65	46	Prédélire	-	4 - 3 - 2 - 1 Injectable	
68	42	Prédélire	-	4 - 4 - 3 - 2 - 1 Injectable	
69	38	Prédélire	-	3 - 3 - 2 - 1,5 - 0,5 Injectable	
78	41	Prédélire	-	4 - 4 - 3,5 - 1,4 - 1,4 Injectable	
83	41	Prédélire	-	1,5 en comprimés pendant 5 jours	
86	53	Prédélire	-	2 - 2 - 1 - 1,5	
86	30	Prédélire	-	4 - 3 - 3 - 3 - 2	
95	31	Prédélire	-	1,5 en comprimés pendant 5 jours	

Traitement des délire subaigus

Obs.	Age	Entrée	Intensité délire	Doses quotidiennes de CENTROPHÉNOXINE	Durée délire
52	50	D. subaigu	D. subaigu	4 - 4 - 4 - 4 - 3 - 2,5 - 2 g.	4 j.
53	42	D. subaigu	D. subaigu	3 - 4 - 4 - 2 - 1	4 j.
56	58	D. subaigu	D. subaigu	4 - 4 - 4 - 3 - 3 - 2 - 1 ^{DC 1^{er}} 21 ^{me} jour	5 j.
58	42	D. subaigu	D. subaigu	4 - 4 - 3 - 2 - 1	3 j.
59	50	D. subaigu	D. subaigu	4 - 4 - 1,5 - 1,5 - 2,5 - 2,5 - 2,5 2,5 - 2,5 (comprimés)	8 j.

60	37	D. subaigu	D. subaigu	4 - 4 - 3 - 2 - 1	3 j.
66	58	D. subaigu	D. subaigu	3 - 3 - 3 - 2 - 1	3 j.
67	39	D. subaigu	D. subaigu	4 - 4 - 4 - 3 - 3 - 1	3 j.
73	38	D. subaigu	D. subaigu	2 - 2 - 2 - 4 - 4 - 4 - 3,5 - 2 - 1	6 j.
74	37	D. subaigu	D. subaigu	4 - 4 - 3 - 2 - 1	4 j.
75	90	D. subaigu	D. subaigu	4 - 4 - 3,5 - 2,5 - 1,5	3 j.
76	41	D. subaigu	D. subaigu	4 - 3 - 1,5 - 1,5 - Hématémèse	1,5j.
80	44	D. subaigu	D. subaigu	4 - 4 - 3 - 2	0,5j.
81	36	<u>Normal</u>	D. subaigu	0 - 1 - 2 - 4 - 4 - 3 - 2 - 1 Exp.	3 j.
90	53	D. subaigu	D. subaigu	2 - 3 - 3 - 3 - 3 - 2,5	3 j.
92	35	D. subaigu	D. subaigu	4 - 4 - 4 - 4 - 4 - 3 - 2 - 2	5 j.

Traitement des délires aigus

Obs.	Age	Entrée	Intensité délire	Doses quotidiennes de CENTROPHENOX.	Durée
63	37	<u>Prédélire</u>	Délire aigu	4 - 4 - 4 - 4 <u>DC</u> le 6me j. à LYON	
70	46	Délire aigu	Délire aigu	2 - 4 - 4 - 4 - 4 - 4 <u>DC</u> 6me jour	
71	32	Délire aigu	Délire aigu	4 - 4 - 3 - 2 - 1	4 j.
72	28	Délire aigu	Délire aigu	4 - 4 - 4 - 3 - 2	4 j.
79	54	Prédélire	Délire aigu	3 - 3,5 - 4,5 - 4,5 - 4,5 - 3,5 3 - 2 g	2 j. $\frac{1}{2}$
85	38	<u>Délire sub.</u>	Délire aigu	4 - 6 - 6 g <u>DC</u> 3me jour	
87	36	<u>Normal</u>	Délire aigu	1 - 4 - 4 - 4 - 4 - 3,5 - 2 - 1	4 j.
88	46	Délire aigu	Délire aigu	4-4-4-4-4- 3,5 - 3 - 2,5 - 1,5	6 j.
89	49	D. subaigu	Délire aigu	3,5-4-4- <u>3</u> -4-4-4-4-4-3-2	6 j.

91	36	Délire aigu	Délire aigu	4 - 4 - 4 - 4 - 3,5 - 2,5 - 2	5 j.
93	47	<u>Prédélire</u>	Délire aigu	4 - 4 - 4 - 3 - 3 - 3 - 3 - 2	4 j.
98	45	<u>Normal</u>	Délire aigu	0 - 4 - 4 - 4 - 5 - 5 - 4 - 3 - 3 Nesdonal	5 j.

OBSERVATIONS DE TRANSITION

- N° 49 - Malade de 28 ans, entré en prédélire, puis présentant un délire subaigu pendant 7 jours, traité par les neuroplégiques, sans succès. Le 8me jour, mis à la Centrophénoxine : 3 g, 2,5 g, et 2 g. Effet spectaculaire.
- N° 51 - Malade de 43 ans, présentant un délire subaigu qui s'aggrave sous traitement par les neuroplégiques. Le 3me jour, arrêt des neuroplégiques ; mis à la Centrophénoxine : 4 g. Le 6me jour, le malade est lucide.
- N° 54 - Malade de 50 ans, ayant reçu un traitement préventif du délire par les neuroplégiques. Le 4me jour, état délirant subaigu ; mis à la Centrophénoxine, 4 g. Le 7me jour, il est lucide.

Ces 3 cas nous ont fait abandonner définitivement les neuroplégiques pour la Centrophénoxine.

TRAITEMENT PRÉVENTIF DES DÉLIRES

Résultat du traitement préventif

Dans 11 cas, les malades en prédélire n'ont pas évolué vers un délire caractérisé.

Dans 3 cas, les malades en prédélire ont, malgré le traitement, évolué vers le délire.

Enfin, dans 2 cas, ce sont des sujets normaux à l'entrée qui délirent peu après, malgré le traitement.

= Cas des 3 prédélires ayant évolué :

- N° 63 - Le traitement n'a pas été efficace. Ce n'est pas une question de dose, puisqu'il recevait 4 g. par jour.
- N° 79 - Le traitement a été institué avec un peu de retard (8 heures) et de façon insuffisante : 3 g seulement. Le délire s'est progressivement installé et a rapidement réagi à la dose de 4,5 g. Le prédélire a évolué malgré une dose de 3 g le premier jour.
- N° 93 - Le prédélire a évolué malgré le traitement intense de 4 g par jour. Ce malade avait une fracture.

= Cas des 2 sujets normaux à l'entrée :

- N° 81 - Le traitement a été mis avec retard et à des doses insuffisantes, afin de chercher la dose minimum efficace. Mis à 4 g de Centro-phénoxine, le délire a été rapidement dominé.
- N° 98 - Echec du traitement préventif, malgré la mise à 4 g ; le sujet avait une fracture de la jambe fermée.

Nous ne retiendrons pas l'observation 81, qui est un essai volontaire. Sur 13 cas de prédélire à l'entrée, seulement 3 ont évolué.

Echec du sevrage

Sur le total des observations, on constate que 3 sujets calmes à l'entrée ont présenté un délire malgré le traitement, par suite de leur entrée dans le service.

- N° 81 - que nous ne retiendrons pas, car s'il avait reçu 4 g de Centro-phénoxine, il est très probable qu'il n'aurait pas évolué.
- N° 87 - Le traitement a été insuffisant pour éviter le délire.
- N° 98 - A évolué malgré le traitement.

Soit au total 2 observations dans lesquelles le sevrage n'a pas été contrôlé. Pendant cette période de 2 ans environ, le Centre a reçu 169 alcooliques pour cure, dont 40 se présentaient dans un état prédélirant ou délirant, soit environ 130 sujets normaux et calmes à l'entrée.

Le pourcentage d'échec est donc de 1,5 %, et dans ces 2 cas les

sujets étaient entrés dans le service à la suite de fracture par accident.

Nature et conduite du traitement préventif

= Traitement commun à tous les cas.

- Curéthyl intraveineux : 50 cc le 1er jour, puis à doses dégressives : 40, 30, 20, 10 cc.

- Vitaminothérapie B₁ , B₆ , B₁₂.

- Extraits hépatiques.

Dans la majorité des cas, l'imprégnation éthyliques n'étant pas trop sévère, le sujet venant pour une cure, le sevrage se fait sans incidents.

= Traitement préventif par la Centrophénoxine.

La dose de Centrophénoxine dépend de l'état du malade et de son degré d'imprégnation. La conduite du traitement n'est pas uniforme. A chaque malade, il faut adapter la thérapeutique, sans que l'on puisse se baser sur un schéma rigide.

Principes généraux :

On peut utiliser la Centrophénoxine soit en comprimés, soit en injections intramusculaires ou intraveineuses. L'administration par comprimés est limitée par le nombre de comprimés quotidiens. Nous donnons au maximum 15 comprimés en 3 prises, soit 1,5 gramme.

L'administration, pendant cette période, par voie parentérale, se faisait par 2 flacons à la fois intraveineux le jour et intramusculaire la nuit.

Par ailleurs, n'ayant jamais eu d'incidents ou d'accidents pendant toute cette période, à la suite d'injections de Centrophénoxine, et la dose de 4 grammes étant bien supportée, nous n'hésitons pas, au moindre risque de délire, à mettre en route le grand traitement.

Dans les 12 prédélirés traités, la dose d'attaque était de 4 g pour 7 cas, 3 g pour 1 cas, 2 g pour 2 cas et 1,5 g en comprimés pour 2 cas, le risque de délire ayant été rapidement enrayé.

La dose de Centrophénoxine doit être réduite progressivement

et lentement, en moyenne en 5 jours dans les cas sérieux.

Nous poursuivons le traitement par la Centrophénoxine pendant toute la durée de la cure, mais à des doses plus faibles, en général 5 comprimés soit 500 mg, car ce sont des malades très détériorés au point de vue intellectuel et psychique.

Cas du malade calme à l'entrée dont nous connaissons l'importance de l'imprégnation éthylique par les renseignements donnés par lui ou sa famille. Si l'ingestion des boissons alcoolisées est supérieure à 3 litres, nous le mettons d'emblée à 3 g de Centrophénoxine, et au moindre signe alarmant à 4 g pour éviter toute surprise.

Cas du malade calme à l'entrée et qui, dans le service, présente une trémulation des extrémités s'accroissant, qui atteint la langue, sans cependant être confus. Le faciès est vultueux, violacé parfois, très souvent syndrome de Mickulicz. On lui donne 15 comprimés, soit 1,5 g de Centrophénoxine.

Cependant, si la trémulation gagne la racine des membres, on lui donne 2,5 g, soit 10 flacons en injections.

Cas du malade un peu confus, trémulant ; si le regard devient hagard par intermittence, et paraissant à ces moments-là perdu, ou bien s'il se met à déambuler dans les couloirs, recherchant parfois la sortie, nous mettons en jeu le grand traitement avec 4 g de Centrophénoxine.

C'est en fait le traitement du délire que nous appliquons à la moindre alerte. La déambulation, la trémulation de la langue nous semblent être des symptômes annonciateurs relativement fidèles, les malades étant lucides et non encore prédélirants.

TRAITEMENT CURATIF PAR LA CENTROPHÉNOXINE

= Durée moyenne des délirs.

Pour les 25 cas de délirs moyens et graves autres que les 3 observations de transition, la durée moyenne de la période de confusion a été de 4 jours.

Durée moyenne des délirs : 4 jours.

= Mortalité : 4 décès - Moyenne d'âge : 40 ans.

N° 56 - Malade de 58 ans, entré dans le service dans un état de délire moyennement grave (hallucinations, trémulations, température à 38°6) qui a guéri en 4 jours.

Par ailleurs, il présentait une hépatomégalie, la prothrombine était à 70 %, les tests hépatiques très perturbés, évoluant donc vers la cirrhose.

Brusquement, 3 semaines après l'entrée, pleurésie à Klebsiella pneumoniae, qui se complique d'un pyopneumothorax.

Malgré l'antibiothérapie intensive et la désinsufflation, le malade décède le 38^{me} jour.

Ce décès ne peut être retenu comme étant dû au délire, car c'est une affection tardive sur un terrain éthylique fragilisé probablement par le délire.

N° 63 - Malade de 37 ans qui, au décours de son délire, a présenté brusquement un arrêt respiratoire nécessitant la respiration artificielle et son transfert dans le service de Monsieur le Professeur ROCHE à Lyon.

N° 70 - Malade de 46 ans. Delirium grave à la suite d'un traumatisme. Buvant 4 litres de vin et de l'eau-de-vie, selon son médecin traitant. Décès le 6^{me} jour.

Le deuxième jour, la température était à 40°9, et s'est maintenue toujours au-dessus de 39°.

Le décès peut être en relation avec son traumatisme ou son delirium. La première hypothèse n'est pas satisfaisante, car l'intensité du traumatisme était faible. Ce malade est probablement mort d'une complication en rapport avec son délire.

Les 2 derniers jours, une contracture extrême a été l'élément dominant. Nous ne retrouvons pas trace de ponction lombaire dans l'observation. En dehors de cette contracture, l'examen était absolument négatif.

N° 85 - Malade de 38 ans. Transfert dans le service en plein délire qui prit rapidement une importance spectaculaire. Le malade devait peser 90 kg. Il lui a été fait 15 mg d'Halopéridol pour tenter de calmer son agitation et ses hurlements, sans succès.

Le malade, le 3^{me} jour, est comateux. Décès dans la soirée. Le cadavre avait un teint subictérique. La P.L. post-mortem n'a pas

montré de sang. L'urée = 1,12 g. Ionogramme normal.

C'était un buveur impressionnant : 8 litres par jour. A l'entrée, présence d'une hépatomégalie à 4 travers de doigt. Sur le cadavre, la palpation n'a pas montré d'hépatomégalie. Le malade est-il mort d'une nécrose aiguë du foie ?

En conclusion, 3 malades atteints de delirium paraissent avoir évolué vers le décès, malgré la thérapeutique.

Pour 19 délires subaigus et 12 délires aigus :

- Mortalité pour l'ensemble des délires : 9,7 %
- Mortalité pour les seuls délires aigus : 25 %.

CONDUITE DU TRAITEMENT

- D'une part, le traitement vitaminé, antibiothérapique et la réhydratation ;

- D'autre part, la Centrophénoxine.

La dose d'attaque doit être maximum d'emblée ; pendant cette période, elle était de 4 g par jour, soit 2 flacons toutes les 3 heures.

Cette dose doit être maintenue suffisamment longtemps, car on risque une reprise du délire. C'est le cas de l'observation 59 et de l'observation 89.

Cette dose d'attaque a été maintenue 2,5 jours en moyenne pour les délirs subaigus, et 4 jours pour les délires aigus.

L'arrêt du traitement par la Centrophénoxine doit être progressif et ne commencer qu'après le retour à la lucidité.

Dans un cas (observation 85), devant l'intensité et l'agitation du délire, nous avons fait 6 g, soit 2 flacons toutes les 2 heures.

CONCLUSIONS

Il suffit de comparer les chiffres de la première et de la deuxième période pour admettre l'amélioration apportée par la thérapeutique avec la CENTROPHENOXINE.

La durée moyenne des délires est passée de 12 jours à 4 jours. Nous ne voyons plus dans le service des malades qui sont confus pendant des semaines. Le traitement est, de ce fait, simplifié.

Le pourcentage d'échec du sevrage, de 9 % est passé à 15 %, ce qui est un résultat remarquable, et nous permet de mettre en route des cures de rééducation avec un risque moindre du fait de l'hospitalisation.

La mortalité générale de 10,5 % est passée à 9,7 %, ce qui, aux erreurs d'appréciation près, est sensiblement identique.

La mortalité, pour les délires graves, est passée de 20 % à 25 %, sans que l'on puisse dire qu'elle soit significative d'une toxicité supérieure du traitement pendant la deuxième période. Il est à noter cependant que la moyenne d'âge des malades décédés est passée de 48,5 ans à 40 ans.

Les résultats souvent spectaculaires et toujours bons de la CENTROPHENOXINE ont justifié notre fidélité à ce produit, pendant cette période, ce qui est bien différent pour la première période.

CAS DES MALADES AYANT LA SOIXANTAINE
PRÉSENTANT UN DÉLIRE ALCOOLIQUE

Pendant la période de Juillet 1960 à Décembre 1964, le Centre a reçu un certain nombre d'éthyliques notoires, présentant, à leur arrivée ou peu de jours après, un délire qui ressemble au delirium tremens par certains symptômes et qui, dans la majorité des cas, est rebelle à la thérapeutique.

Ce sont les observations N° 7, 21, 29, 33, 46, 47, 50, 77, 82, 94, 96, 97.

OBSERVATION N° 7 - Mr. LI... Paul, 59 ans.

Entré le 9 Février 1961.

Agitation intense avec mouvements désordonnés et paroles incohérentes. Température normale.

Le lendemain, mutisme total, nuque raide, contracture des membres et de l'abdomen très importante, réflexes des membres inférieurs normaux.

Le 5me jour, le diagnostic de delirium s'est confirmé. Le malade semble reprendre conscience.

Le 13me jour, rechute avec reprise des hallucinations et de l'agitation.

Le malade reste agité, totalement incohérent, désorienté et pratiquement gâteux.

Traitement : Curéthyl A et B - Vitamines - Extraits de foie - Antibiotiques - Strychnine 10 mf. x 14 jours - Soludécadron, Frenquel - Equanil 1,6 - Largactil 200 mg.

OBSERVATION N° 21 - Mr. RO... Gabriel, 61 ans.

Entré le 9 Octobre 1961.

Prédelirium, tremblements, excitation chez un éthylique notoire.

Température normale.

Le 5me jour, tout risque de délire est écarté.

Prédelirium.

Traitement : Curéthyl - Totalbé - Foie - Taractan 150 mg -
Théralène 85 mg.-

OBSERVATION N° 29 - Mr. PO..., 66 ans.

Entré le 18 Février 1962.

2 jours avant, fracture du col du fémur chez un éthylique chronique.
Transféré dans le service en plein delirium.

A l'entrée, excitation euphorique, début d'escarres, température
à 39°.

Le 13me jour, le malade décède : hypertension avec petit ictus et
complications urinaires.

Traitement : Curéthyl - Vitamines - Extraits de foie - Roomaline -
Frenquel - Glutamag - Dominal 240 mg - Taractan 45 mg - Largactil 50 mg -
Théralène 75 mg - Lucidril 1,50 g.

OBSERVATION N° 33 - Mr. FO... Jean, 64 ans.

Entré le 12 Avril 1962.

Ethylique notoire en état d'agitation anxieuse, puis délirante, avec
hallucinations, sans température.

L'état délirant a duré 3 semaines. Foie débordant de un travers de
main ; cependant, la prothrombine est normale.

Délire traînant.

Traitement : Curéthyl - Vitamines - Extraits de foie - Totalbé -
Glutamag - Roomaline - Soludécadron - Largactil 100, Dominal 320, Taractan
60, Théralène 100 pendant 26 jours - Frenquel pendant 13 jours -
Lucidril 1,50 g.

OBSERVATION N° 46 - Mr. RO... Gaston, 67 ans.

Entré le 9 Septembre 1962, en état d'agitation et de confusion qui
a duré une quinzaine de jours. Gros buveur ayant présenté épilepsie.
Température jusqu'à 39°. Prothrombine 34 % et 68 %.

Délire éthylique aigu.

Traitement : Curéthyl - Vitamines - Extraits de foie - Roomaline -
Glutamag - Madoconsol - Cortine - Dominal 240 mg - Taractan 45 mg - Théra-
lène 150 mg.-

OBSERVATION N° 47 - Mr. CH... Léon, 59 ans.

Entré le 22 Septembre 1962.

Delirium, température entre 38° et 39°.

Décès 8 jours après. Prothrombine 100 %.

Délire aigu.

Traitement : Curéthyl - Vitamines - Extraits de foie - Glutamag - Rocmaline - Dominal 240 mg - Taractan 45 mg - Théralène 75 mg - Largactil 100 mg.

Radio pulmonaire au lit : il semble exister des images floues des deux sommets.

OBSERVATION N° 50 - Mr. FO... Louis, 60 ans.

Entré le 8 Janvier 1963, pour agitation et excitation chez un éthylique notoire. Sujet hypertendu : T.A. 22.

Ce malade évolue depuis 15 jours, ayant sérieusement diminué l'ingestion de vin. Prothrombine 52 %.

Décès le 6me Jour.

Traitement : Vitamines - Extrait de foie - Totalbé - Glutamag - Dominal 320 mg - Taractan 60 mg - Théralène 100 mg - Largactil 100 mg - Chute de la T.A. : 10, température 39°.

Le 3me jour, on remplace les neuroplégiques par 10 flacons de Lucidril 2,5 g.

Le 4me jour, T.A. : 10

Le 6me jour, T.A. : 13, température normale.

Le 7me jour, le malade décède.

OBSERVATION N° 77 - Mr. AST... Maurice, 58 ans.

Entré le 5 Novembre 1963, en état de confusion mentale, tremblements, visions d'animaux, température 38°2.

Par ailleurs, BSP très perturbée, 95 % à 15 mn. Prothrombine 62 %.

5 jours après, menace de rechute du délire.

Reprise très lente de la lucidité vers le 13me jour.

Traitement : Lucidril 4 g 10 jours + 3 g 3 jours + 1,5 g 4 jours... Eunoctal, Curéthyl.

Il semble que le sujet est entré dans un état de délire subaigu, mais qu'en plus il existait de gros troubles hépatiques qui expliquent sa détérioration prolongée.

OBSERVATION N° 82 - Mr. PEY... Aimé, 59 ans.

Entré le 19 Février 1964.

Ethylisme. On est frappé par état de raideur, léger tremblement, désorientation.

Pas d'hépatomégalie. Prothrombine 56 %.

Le 22, commence à s'éveiller.

Le 2 Mars, coma profond avec petite hémiplegie, sans paralysie faciale. Raideur importante. Ph : pas de sang, liquide hypertendu. Décès.

Traitement : Lucidril 4 g, 4 g, 4 g, 3,5 g, 2,5 g, 1,5 g.

Au départ, il s'est agi d'un état alcoolique aigu qui s'est intriqué avec les troubles hépatiques et vasculaires, sans pouvoir déterminer la part du delirium.

OBSERVATION N° 94 - Mr. CU... Elie, 67 ans.

Entré le 10 Octobre 1964.

Envoyé pour delirium. En fait, sujet très agité, mais répondant aux questions, en état de prédélire.

Rapidement, la menace de délire a disparu.

Traitement : Lucidril 4 g, 4 g, 1,5 g, 1,2 g. - Curéthyl - Eunoctal.

OBSERVATION N° 96 - Mr. DOR... Henri, 61 ans.

Entré le 19 Octobre 1964.

Envoyé pour delirium tremens, température 38°2. Malade très agité, trémulations, pas de sueurs, pas d'activité onirique.

Rapidement, état comateux. Raideur musculaire. Ph : liquide clair.

Le 8^{me} jour, le malade présente des troubles respiratoires et décède après avoir présenté un petit ictus.

Ionogramme normal. R.A. = 40 vol.

Prothrombine 80 %. Urée : 0,65 g.

Tests hépatiques normaux.

N.F. normale - P.L. normale.

Traitement : Lucidril 4 g 4 jours, 6 g 4 jours.
Curéthyl - Vitamines.

OBSERVATION N° 97 - Mr. DUC... Jean, 81 ans.

Entré le 29 Octobre 1964.

Pour delirium, confusion mentale avec agitation et tremblements marqués, sans sueurs.

L'état de type delirium non fébrile a mis à peu près une semaine à disparaître, mais le malade est confus, gâteux, et retourne à l'hospice au bout de trois semaines, très détérioré.

A fait rétention urinaire aiguë 10 jours après l'entrée.

Ionogramme : RA = 31 vol. - Urée = 0,68 g.

Traitement : Lucidril 4 g 5 jours, 3 g, 2 g, 1 g.
Curéthyl - Vitamines.

COMMENTAIRES

N° 7 - Ce malade de 59 ans a été considéré au début comme prédélirant, puis délirant. Malgré le traitement, le malade, au bout d'un mois, reste agité, incohérent, désorienté et pratiquement gâteux. Devant la persistance de ce syndrome mental, on est obligé de parler de démence alcoolique. Le traitement par les neuroplégiques et l'Azacyclonal n'a pas eu d'effet.

N° 21 - Cultivateur de 61 ans, éthylique avéré. A l'occasion des vendanges, il a bu plus que de raison et nous est envoyé par son médecin traitant en état de prédélire avec tremblements, zoopsies. Au bout de 5 jours, le risque de délire est écarté, mais le malade se présente comme un caractériel.

Par la suite, il est revenu dans le service pour un état d'excitation entrant dans le cadre d'une psychose réactionnelle. Sa femme présentait des phénomènes d'excitation mentale d'origine paranoïaque.

Pour ce malade, lors du premier séjour, il semble bien qu'il ait présenté un prédélire par suite du sevrage, mais l'évolution ultérieure vers une psychose réactionnelle montre que l'état alcoolique n'était pas pur, mais associé à un élément mental certain.

N° 29 - Malade de 66 ans, transféré d'une clinique, car il présentait un delirium 2 jours après son arrivée, pour fracture du col du fémur. C'était un éthylique connu et un hypertendu qui avait déjà fait de petits ictus.

Dans le service, état d'excitation euphorique, début d'escarros et écoulement uréthral purulent. Malgré le traitement par les neuroplégiques, le malade meurt délirant, probablement à la suite d'une complication infectieuse.

Ce malade, par suite de sa chute ayant entraîné une fracture en général bien supportée par les malades âgés, a été sevré du fait de son entrée en clinique et a présenté un délire probablement éthylique, qui s'est intriqué avec un état infectieux ressemblant plus à la démence qu'au délire alcoolique habituel. Traitement sans effet sur le délire.

N° 33 - Malade de 64 ans, éthylique notoire, qui présente un état d'agitation anxieuse, puis délirante, qui dura trois semaines. Par la suite, il a fait, le mois suivant, des épisodes hyperthermiques avec confusion mentale transitoire.

Ce malade a probablement présenté un état délirant éthylique bâtard qui a traîné, sans signes caractéristiques, et a dû rester hospitalisé 3 mois $\frac{1}{2}$.

N° 46 - Retraité de 67 ans, entré en pleine agitation et confusion qui a duré 15 jours et ressemblant à la démence alcoolique. Le traitement par les neuroplégiques a dû être maintenu un mois. Par ailleurs, prothrombine à 34 %. L'intrication avec une insuffisance hépatique est certaine, mais dans le service le dosage de l'ammoniaque est en pratique impossible.

N° 47 - Malade de 59 ans, entré en plein délire. La radio pulmonaire montre pleurésie et infiltrat du sommet. Malgré le traitement, neuroplégiques et antibiotiques, décès le 8^{me} jour.

Cet état délirant était intriqué avec une pneumopathie.

N° 50 - Malade de 61 ans, état d'excitation, éthylique, hypertendu à 22. La prothrombine était à 52 %. L'état délirant dans le service 6 jours, puis décès. Peut-on parler d'encéphalopathie porto-cave, les troubles de la conscience ayant duré environ trois semaines ?

N° 77 - Malade de 58 ans, en état de délire subaigu pendant 13 jours, ensuite grosse détérioration mentale. Le sujet n'est plus halluciné, mais complètement gâteux. Il a fallu 3 à 4 mois avant qu'apparaisse un semblant d'intelligence et ceci malgré le traitement par la Centrophénoxine.

Par ailleurs, prothrombine à 60 %. BSP : 35 % après 1/4 d'heure. Cette BSP a été parmi les plus perturbées que nous ayons observées en 4 ans.

A l'arrivée, l'état délirant éthylique s'est intriqué avec un état encéphalopathique chronique, sur lequel le traitement habituel n'a eu que peu d'effet.

N° 82 - Malade de 59 ans. Etat délirant avec tremblements, par ailleurs raideur. Au bout de 10 jours, coma. Prothrombine 56 %. Au départ, il s'est agi d'un état alcoolique qui s'est intriqué avec troubles hépatiques et vasculaires, sans pouvoir déterminer la part du delirium. Décès au 14^{me} jour.

N° 94 - Malade de 67 ans. Agité qui s'est rapidement calmé avec le traitement. Ce malade avait été hospitalisé quelques jours avant dans un autre hôpital pour bronchite. La notion de sevrage est certaine. Nous avons admis un prédélire, malgré son âge. Le traitement à la Centrophénoxine a été rapidement efficace.

N° 96 - Malade de 61 ans. Etat délirant sans sueurs, trémulant, pas d'hallucinations vraies, mais agitation désordonnée.

Le 8^{me} jour, troubles respiratoires et décès après petit ictus.

Tous les examens sont sensiblement normaux. La P.L. est normale. Il est difficile de faire un autre diagnostic que celui de delirium. Il est cependant probable que la détérioration cérébrale antérieure, due à l'âge, a aggravé son état ; de fait, le sujet a présenté des crises d'épilepsie et même un petit ictus (déviation du visage et bras droit moins mobile que le gauche).

N° 97 - Malade de 81 ans. Tremblements et agitation importants. Cet état a mis une semaine à s'améliorer, mais le malade est resté gâteux et confus.

Il semble que cet état de démence a été déclenché par un sevrage relatif. Il était à la Maison de Retraite depuis plusieurs mois. Pour une raison de discipline, il lui avait été interdit de sortir dans le village et d'aller au café, et cela quelques jours avant que ne se déclenche cet état délirant. L'origine éthylique du délire est probable, mais, vu l'âge du malade, cela s'est transformé en démence éthylique grave.

RESULTATS

= Notion de sevrage.

Dans 4 observations (21 - 29 - 94 - 97), on peut admettre que le sevrage a été le facteur déclenchant de l'état délirant. Dans ces 12 cas, ce sont tous des alcooliques chroniques.

= Décès.

Au total, 5 cas : 29 - 47 - 22 - 82 - 96.

= Résultat du traitement.

Un seul cas a évolué favorablement : cas 82. Nous pouvions admettre un épisode prédélirant. Le malade a quitté le service lucide.

Dans 5 cas : 7 - 33 - 46 - 77 - 97, l'état délirant du début est devenu chronique et on peut parler de démence alcoolique. Ce sont des malades qui restent très détériorés et, dans certains cas, complètement gâteux, incontinents.

Dans 1 cas, le délire initial a précédé des phénomènes psychiatriques qui se sont confirmés par la suite - 21.

= Intrications.

D'une part, ce sont des malades âgés, prématurément vieilliss par

l'abus des boissons alcoolisées, de constitution fragile.

D'autre part, leur état alcoolique coexiste avec des affections organiques qui rendent le pronostic plus grave encore :

- affections cardiovasculaires : 29 - 22 - 82 - 96 ;
- affections hépatiques, essentiellement cirrhose : 46 - 22 - 77 - 82 ;
- affections infectieuses : 29 et 47.

CONCLUSIONS

En définitive, sur ces 12 malades, 5 sont morts, et 5 ont évolué vers l'encéphalopathie chronique. 1 a présenté une psychose réactionnelle. On constate qu'un seul malade est sorti du service lucide.

Ce résultat catastrophique n'est pas la conséquence du traitement. Que ce soit avec les neuroplégyques ou la Centrophénoxine, l'évolution est défavorable, alors que pour les malades plus jeunes elle est totalement différente.

Par ailleurs, il faut bien admettre que, dans ces cas, l'éthylisme est le facteur prédominant en créant un terrain spécial très fragile, et, dans plusieurs cas, le sevrage a été la cause déclenchante de l'affection. Il y a une parenté entre les délires avant la soixantaine et après la soixantaine, mais le terrain, dans ce cas, est si dégradé qu'actuellement la thérapeutique n'est pas suffisante à cause du terrain, des affections pathologiques organiques antérieures qui font de ces malades des sujets très fragiles.

ASSOCIATIONS ET TRAITEMENT ACTUEL

Nous avons vu que les meilleurs résultats avaient été obtenus avec la CENTROPHÉNOXINE. L'emploi de ce produit n'étant pas toxique et ne donnant pas d'hypotension, nous l'avons utilisé quel que soit l'âge du sujet.

Cependant, si la durée de la confusion a considérablement diminué, il n'en est pas moins vrai que les malades à leur arrivée crient et sont parfois très agités.

Nous avons essayé de trouver un traitement adjuvant qui agisse sur l'agitation et les cris.

ASSOCIATIONS AVEC LA CENTROPHÉNOXINE

Neuroplégiques et Centrophénoxine

Nous avons vu que l'association ne donnait pas de résultats dans la première période.

Nesdonal et Centrophénoxine

OBSERVATION 98 - Malade de 45 ans, hospitalisé à la suite d'une fracture de jambe, gros buveur. Le lendemain de son entrée, il a été mis à 4 g de Centrophénoxine. Le 3^{me} jour, l'agitation et le délire se sont déclarés et ont pris une intensité inquiétante.

Ce malade se trouvait dans une chambre de 8 lits. Pendant 2 jours, il reçoit en plus de la Centrophénoxine, des neuroplégiques en injectable, sans aucun effet sur son agitation.

Le malade étant dans le service de chirurgie (ce qui nous permettait une réanimation efficace), nous avons essayé de lui faire du Nesdonal en intramusculaire profond, à la dose d'un $\frac{1}{2}$ gramme, que nous avons renouvelé 3 fois dans l'espace de 6 heures. Nous n'avons pas constaté de sédation spectaculaire de l'agitation, tout au plus un calme relatif et transitoire. Nous n'avons pas osé pousser plus l'injection de Nesdonal.

Il semble cependant que Centrophénoxine et Nesdonal ne sont pas des médicaments en opposition. En effet, parfois, avant une opération sur un sujet éthylique, nous faisons une prémédication avec de la Centrophénoxine les jours précédents ; la dose de Nesdonal pour obtenir le sommeil est alors inférieure au gramme, comme pour les opérations courantes. Par ailleurs, les alcooliques fortement imprégnés nécessitent habituellement des doses plus importantes de Nesdonal pouvant aller jusqu'à deux grammes. Nous n'avons cependant pas assez de cas précis pour vérifier cette impression.

Dans le cas de ce malade, après l'échec de l'association de Nesdonal, nous avons augmenté la dose de la Centrophénoxine à 5 g. L'agitation céda le lendemain et le délire dura en tout 5 jours.

Barbituriques et Centrophénoxine

Dans le service, nous donnions 2 comprimés d'Eunnoctal le soir, sans que nous ayons remarqué une sédation relative de l'agitation. C'est le cas des observations 62 - 64 - 65 - 68 - 69 - 83 - 82 - 73 - 74 - 75 - 76 - 63 - 71 - 87 - 91.

Fluoro-butyrophénone (Halopéridol) et Centrophénoxine

OBSERVATION 85 - Malade de 37 ans, agriculteur, pesant 90 kg., qui présente dans le service un delirium spectaculaire. Il conduisait des bœufs, des tracteurs en hurlant. Par ailleurs, sa force était telle qu'il nous avait été obligatoire de se servir de deux jeux d'attaches pour le maintenir sur le lit. Malgré cela, la crainte qu'il casse tout et se détache nous a obligé à un traitement héroïque. Il est à noter que l'agitation a été exagérée à l'extrême par la contention.

Devant son excitation dangereuse, nous lui avons fait 5 mg d'Halopéridol intraveineux, sans résultat, puis 5 mg une demi-heure après, intramusculaire, sans effet encore. 2 heures après, nouvelle injection intramusculaire de 5 mg : l'agitation est toujours aussi intense. Mais nous n'avons plus renouvelé les injections.

Ce malade est mort deux jours après, malgré l'augmentation de la dose de Centrophénoxine à 6 g, après notre essai infructueux d'Halopéridol, en plus de la Centrophénoxine.

Par la suite, nous avons appris que ce malade consommait environ 8 litres de vin rouge par jour, et cela depuis plusieurs années.

Méthyldicarbamate (Equanil) et Centrophénoxine

Ayant constaté que, dans la période de 1960 à 1963, l'association Méthyldicarbamate et neuroplégiques avait eu de meilleurs résultats que le traitement par les neuroplégiques seuls, nous avons essayé le Méthyldicarbamate avec la Centrophénoxine.

OBSERVATION 101 - Mr. B... Emile - Décembre 1964 - 42 ans, ayant dans le service une crise d'épilepsie nocturne, puis prédélirant le lendemain. Nous avons injecté 5 flacons, soit 1,250 g de Centrophénoxine en intraveineux, en une injection lente. Nous espérons arrêter le prédélire. Mais, 3/4 d'heure après l'injection, nouvelle crise d'épilepsie. Aussi, avons-nous continué la Centrophénoxine de façon plus prudente : 2 flacons toutes les 3 heures, soit 4 g.

Le troisième jour, délire aigu avec une agitation intense.

Nous avons fait une injection de Méthyldicarbamate que nous avons renouvelée 2 fois dans la soirée. L'agitation, dès la deuxième injection, s'atténua, mais le malade restait très logorrhéique, parlant toujours en pa-tois. Par ailleurs, nous avons augmenté la dose de Centrophénoxine à 5 g.

En deux jours, nous avons injecté 7 ampoules d'Equanil.

Le 5^{me} jour, retour à la lucidité.

Mais, le 6^{me} jour, diarrhée intense, avec hyperthermie, et l'agitation reprend. Le 10^{me} jour, le malade est tiré d'affaire.

Nous avons dû refaire du Méthylidicarbamate pendant 2 jours, avec sédation rapide de l'agitation.

OBSERVATION 102 - Mr. F... Paul, 50 ans - Janvier 1965.

Malade entré en prédelirium, qui s'est rapidement transformé en délire aigu, très agité.

Le premier jour, il a eu 4,5 g de Centrophénoxine et 6 injections de Méthylidicarbamate, soit 2,4 g. En pratique, il recevait 1 g, soit 3 flacons intraveineux de Centrophénoxine, et une injection de Méthylidicarbamate 6 fois par jour, pendant 3 jours.

L'agitation s'est atténuée rapidement.

Par la suite, infection avec rechute de son état de conscience, car le malade ayant été dénudé une infection locale de la veine entraîna une septico-pyohémie dont il guérit rapidement.

OBSERVATION 103 - Mr. S... Fritz, 40 ans - Janvier 1965.

Délire aigu confirmé.

A reçu, pendant 3 jours, 4 flacons de Centrophénoxine et 1 ampoule de Méthylidicarbamate, toutes les 6 heures.

Le 8^{me} jour, le délire étant guéri, le malade présente une poussée hyperthermique avec leucopénie à 2.500. Sérodiagnostic négatif. Le myélogramme permet d'affirmer une agranulocytose. La leucopénie se corrige en une dizaine de jours.

OBSERVATION 105 - Mr. M... Emile, 55 ans - Janvier 1965.

A la suite d'un traumatisme minime, présente un délire subaigu qui dura 4 jours.

Il reçoit 1 g de Centrophénoxine et 400 mg de Méthylidicarbamate toutes les 6 heures.

OBSERVATION 106 - Mr. LE... Henri, 48 ans - Janvier 1965.

Prédélire qui a rapidement été enrayé. A reçu pendant 2 jours, 1 g. de Centrophénoxine et 400 mg de Méthylidicarbamate toutes les 6 heures, puis la Centrophénoxine seule.

OBSERVATION 107 - Mr. DE... Joannes, 46 ans - Février 1965.

Délire aigu, qui est lucide le 3^{me} jour.

A reçu 5 g de Centrophénoxine et 1,6 g de Méthylidicarbamate, pendant 2 jours.

OBSERVATION 108 - Mr. P..., Henri, 57 ans - Février 1965.

Délire subaigu au début, à la suite d'un épisode grippal.

A reçu 4 g de Centrophénoxine et 1,6 g de Méthylidicarbamate, 2 jours. Le troisième jour, nous avons pu supprimer une injection.

OBSERVATION 109 - Mr. RO... Marcel, 64 ans - Mars 1965.

Gros éthylique. A reçu 4 g de Centrophénoxine et 1,6 g de Méthylidicarbamate, pendant 1 jour, puis on a diminué le traitement.

Il n'a présenté aucun symptôme neurologique alarmant.

OBSERVATION 110 - Mr. LE... Auguste, 41 ans - Mars 1965.

Délire subaigu ayant duré 4 jours.

A reçu pendant 4 jours, 4 g de Centrophénoxine et Méthylidicarbamate, au début 1,6 g.

OBSERVATION 57 - Mr. C... Léo, 19 ans.

Premier séjour 4 Avril 1963.

Jeune homme de 19 ans, entrant dans le service en plein délire hallucinatoire vécu. Température à 37°8. Trémulations importantes.

Nous l'avons considéré, malgré son jeune âge, comme un délire éthylique subaigu, qui a duré 48 heures. Prothrombine 56 %. Il avait été traité par la Centrophénoxine.

Deuxième séjour 18 Décembre 1964.

A l'entrée, prédelirium grave, tremulations importantes, sueurs profuses, mais il n'est pas confus, ni désorienté. Par moments, hallucinations : bêtes. Il nous dit qu'il a arrêté les boissons alcoolisées depuis 8 jours, car il s'est aperçu que cela lui faisait mal. Nous le mettons à 5 g de Centrophénoxine et 1,6 g de Méthylidicarbamate. Toutes les 6 heures, il reçoit 5 flacons de Lucidril intraveineux et 400 mg d'Equanil intramus-

culaire.

Le lendemain de son arrivée, délire aigu grave. Présence d'albu-
mine dans les urines. L'agitation et la trémulation sont toujours aussi
importantes ; sueurs profuses. Nous sommes obligés de le dénuder, car l'a-
gitation est trop intense. Le soir, il fait une syncope avec respiration
irrégulière, collapsus cardio-vasculaire, qui régresse ; la tension remonte
à 15.

Mais, trois-quarts d'heure après, arrêt respiratoire, le coeur
battant toujours. Malgré la réanimation, il décède à 19 heures. La der-
nière injection de Centrophénoxine avait eu lieu 2 heures $\frac{1}{2}$ avant.

Ionogramme normal. Numération-formule normale.

Urée normale.

Aussitôt après son décès, la température était à 42°1. La mort
peut donc s'expliquer par cette poussée hyperthermique.

Nous sommes allés enquêter dans son village. Il nous a été dit
qu'à l'âge de 14 ans on le trouvait déjà ivre dans les fossés. Nous n'a-
vons pu estimer la quantité de boissons ingérées, mais il paraît qu'il
buvait 4 canettes de bière brune, hautement alcoolisée, coup sur coup, lors-
qu'il entraît dans un café, et il allait souvent au café dans la journée

En parlant de 6 à 8 litres de bière, ces derniers mois, nous de-
vons être proches de la réalité. Cette intoxication massive, jointe à sa
jeunesse, peut expliquer l'évolution fulgurante de cet état alcoolique aigu
par suite d'un sevrage volontaire et intempestif.

COMMENTAIRES

La Centrophénoxine est le médicament le plus efficace, parmi tous
ceux que nous avons utilisés. Le raccourcissement de la durée des délires
est très satisfaisant, mais la période d'agitation coléreuse du début existe
toujours et dure de 24 à 48 heures.

Le traitement adjuvant, c'est-à-dire la réhydratation, les extraits
de foie, les vitamines, l'alcool, garde toute sa valeur.

Dans certaines circonstances, on a été amené à associer à la Centrophénoxine d'autres médicaments pour agir sur l'agitation et les cris.

L'association Méthyldicarbamate et Centrophénoxine nous a donné satisfaction. C'est la seule association qui paraît efficace sur l'agitation coléreuse du début. L'agitation ne cède pas totalement, mais de façon suffisante pour permettre la pose des perfusions et la contention sans trop de difficulté. La durée du délire semble être identique ; l'évolution est la même qu'avec la Centrophénoxine seule.

Cette impression ne porte que sur 11 cas, mais nous pensons que le Méthyldicarbamate ne s'oppose pas à l'action de la Centrophénoxine et a une action réelle sur l'agitation et, de ce fait, facilite la conduite du traitement.

Nous utilisons le Méthyldicarbamate en fonction de l'agitation. Au début 1,6 g, puis rapidement nous diminuons.

AUGMENTATION de la DOSE de CENTROPHÉNOXINE INJECTABLE EN 1 FOIS

De 500 mg toutes les 3 heures, nous sommes passés à 750 mg, puis 1 g toutes les 6 heures, et enfin 1,250 g en injection intraveineuse.

OBSERVATION 99 - Mr. S... Marcel, 40 ans - Décembre 1964.
Prédélire, a reçu 3 fois 1,250 g de Centrophénoxine. Le malade est très calme le lendemain.

OBSERVATION 101 - L'injection de 1,250 g a été suivie d'une crise d'épilepsie. Nous avons poursuivi le traitement à dose plus faible.

OBSERVATION 57 - L'injection de 1,250 g toutes les 6 heures a été bien supportée, mais n'a pas arrêté l'évolution catastrophique chez ce jeune homme de 20 ans.

Actuellement, nous injectons la Centrophénoxine à la dose de 1 g, soit 4 flacons à chaque injection. Les injections doivent être relative-

ment lentes et elles sont faites directement dans la veine.

AUGMENTATION de la DOSE MAXIMUM QUOTIDIENNE

OBSERVATION 85 - C'était un délire aigu. Décès au 3^{me} jour. L'intensité de l'agitation était telle que nous avons augmenté la dose quotidienne à 6 g, sans résultat.

OBSERVATION 98 - Devant l'agitation intense de ce délire, nous avons augmenté la dose à 5 g, après échec du Nesdonal.

OBSERVATION 57 - Ce malade a reçu 25 flacons en 24 heures, soit 6,250 g de Centrophénoxine, sans succès.

OBSERVATION 100 - Mr. MA... Jean, 37 ans - Décembre 1964.

Délire aigu, chez un gros buveur (5 à 6 litres de vin rouge). Il a reçu 6 g de Centrophénoxine pendant 4 jours, en 6 injections, puis nous avons diminué progressivement la dose.

Actuellement, la dose courante dans le service est de 4 g ; nous donnons parfois 5 g ; mais nous constatons que même en augmentant la dose totale, certains délires graves évoluent vers le décès.

TRAITEMENT ACTUEL

Traitement préventif :

Au moindre risque d'évolution vers le délire, nous n'hésitons pas à mettre en route le traitement maximum, c'est-à-dire : 4 g de Centrophénoxine, la vitamino- et hépato-thérapie, l'alcool intraveineux et buccal.

Traitement curatif :

Nous donnons une dose moyenne de 4 g de Centrophénoxine en 4

injections intraveineuses le jour, intramusculaires la nuit, de 1 g de Centrophénoxine, soit 4 flacons à la fois.

Dans les cas très graves, nous faisons 5 g de Centrophénoxine par jour.

Lorsque l'agitation est trop importante, rendant difficile la réhydratation par voie veineuse, ou bien qu'elle devienne dangereuse pour le malade mais aussi pour le personnel, nous associons à la Centrophénoxine le Méthyldicarbamate à la dose de 1,6 g en 4 injections intramusculaires.

Par ailleurs, la réhydratation, la vitamino- et hépato-thérapie, ainsi que l'alcool intraveineux et l'antibiothérapie sont faits de façon systématique à tous les malades atteints de delirium.

CONCLUSIONS

Le but de cette étude a été de dégager, à propos de 110 cas de prédelirium et delirium tremens observés dans le Service de Rééducation Alcoolique de VALENCE, au cours des quatre dernières années, un certain nombre de renseignements :

a)- Les données socio-démographiques nous ont permis de constater que le delirium tremens est l'aboutissement d'une absorption, en général de vin rouge, massive (moyenne 3 litres par jour) et longue (10 ans environ). Et que, par ailleurs, le fait de travailler et de vivre en ville favorise l'apparition d'un delirium plus jeune.

b)- Résultats obtenus dans le Service, de Juillet 1960 à Janvier 1963.

Durant ces deux ans et demi, le Service a reçu 42 malades ayant présenté un état prédelirant ou délirant. La durée moyenne a été de 12 jours. Nous avons eu 4 décès pour l'ensemble. Le traitement, pendant cette période, était basé sur les différents neuroplégiques.

Enfin, 9 pour 100 des malades calmes à l'entrée ont présenté une évolution délirante par suite de leur hospitalisation et malgré le traitement.

c)- Résultats obtenus dans le Service, de Janvier 1963 à Décembre 1964.

Pendant cette période de deux ans, le Service a reçu 42 malades. La durée moyenne des états délirants a sensiblement diminué (4 jours). La mortalité est restée inchangée : 4 décès. Le pourcentage de sujets calmes

à l'entrée ayant eu une évolution délirante a très nettement diminué (1,5 %).

Pendant cette période, nous avons utilisé la Centrophénoxine avec satisfaction.

d)- Cas des malades à la soixantaine.

Malgré le traitement, neuroplégiques ou Centrophénoxine, le pronostic, pour les malades présentant du delirium tremens vers la soixantaine, est très grave. Sur 12 malades, un seul est sorti conscient du service, 5 sont décédés, 5 sont devenus des déments.

e)- En fonction de cette expérience, nous avons cherché le traitement associé à la Centrophénoxine qui agisse sur la période d'agitation coléreuse du début des delirium tremens. Il nous a semblé que l'association avec le Méthyldicarbamate donne une sédation nette de l'agitation, sans cependant s'opposer à l'action de la Centrophénoxine, et nous a donné satisfaction dans les 10 cas où nous l'avons expérimenté.

On peut espérer que ce travail permettra des études comparatives ultérieures, car malgré les résultats obtenus ces dernières années, le delirium tremens reste une affection grave, dépassant parfois les possibilités thérapeutiques les plus actives.

Le Président de la Thèse,

Pr. Louis ROCHE

Vu le Doyen,

J.F. CIER

VU & PERMIS D'IMPRIMER

LYON, le 3 Juin 1965.

Le Recteur, Président du
Conseil de l'Université,

P. LOUIS

B I B L I O G R A P H I E

FIEVET (Bertrand) - Aspect psycho-pharmacologique de la post-cure de l'alcoolisme chronique.- Thèse, 1963.

GUIGUEN (Madame Denise) - Hypotension orthostatique au cours des accès confuso-oniriques alcooliques.- Thèse Paris, 1963.

FAVENNEC (Madame Marie-Jeanne) - Contribution à l'utilisation de la Centro-phénoxine.- Thèse, 1963.

BARUK - Traité de Psychiatrie, tome I, chapitre 7 : "La Confusion mentale".

BOUDIN (G.) et LAURAS (A.) - Le Delirium tremens.

REVUE LYONNAISE DE MEDECINE, Tome XI, N° 7, 1964 : Traitement des accidents aigus de l'alcoolisme.

REVUE DU PRATICIEN, Tome XII, N° 31, Décembre 1962 :
LEREBoullet J. : Le Delirium tremens.
